

Franco, María Teresita

La aplicación de la ley de descentralización y autogestión del hospital público -Decreto 518/93- como mecanismo para optimizar el sistema de salud: planteo y realidad departamento Cruz del Eje de la provincia de Córdoba

**Tesis para la obtención del título de posgrado de
Magíster en Administración de Servicios de
Salud**

Director: Minessi, Martín,

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

**TESIS DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**LA APLICACIÓN DE LA LEY DE
DESCENTRALIZACIÓN Y AUTOGESTIÓN DEL
HOSPITAL PÚBLICO -DECRETO 578/93- COMO
MECANISMO PARA OPTIMIZAR EL SISTEMA DE
SALUD**

PLANTEO Y REALIDAD

**Departamento Cruz del Eje de la Provincia de
Córdoba**

Autor: María Teresita Franco

Director: Od. Martín Mimessi

Córdoba-2016

Resumen

A partir de la legislación del Decreto 578/93, se comenzó en la Provincia de Córdoba el proceso de Descentralización y Hospitales de Autogestión, transformación que se había iniciado años atrás, pero fue entonces cuando comenzaron las medidas para su puesta en marcha.

En este trabajo se analizaron las razones políticas, sociales y económicas de su ejecución y el impacto que tuvo en el Sistema de Salud.

El estudio de caso se hizo entre los años 2012 y 2016, en el Noroeste de la Provincia de Córdoba, Departamento Cruz del Eje, zona particularmente vulnerable dada su condición económica, educativa, sanitaria y social. Se analizaron las diferentes variables, las que se pusieron en práctica y también aquellas que por una u otra razón quedaron solamente en letra de molde, tratando de examinar las razones de una y otra realidad.

Se buscó desentrañar las ventajas percibidas, y los inconvenientes que quedaron en evidencia para su aplicación.

En el presente trabajo se intentó ser fiel, entre otras cosas, al Subtítulo: Planteo y Realidad, teniendo siempre presente esos rostros de pacientes con requerimientos de un Servicio de Salud Pública que les proporcione elementos para mantener su salud y también recuperarla en caso de haberla perdido y que los integre como una forma más de participación ciudadana.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
HIPÓTESIS.....	10
OBJETIVOS.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivo Especifico	11
CAPITULO I.....	12
EL ESTADO Y SU TRANSFORMACIÓN.....	12
1.1 Estado de Bienestar y Estado Neoliberal: su relación con la sociedad.	12
1.2 Sus respectivos Sistemas de Salud. Semejanzas y Diferencias.	16
1.3 Sistema de Salud en Argentina: Modelo Médico Hegemónico.	24
1.4 Reforma del Estado y Reforma del Sistema de Salud.	28
1.5 Relaciones del Modelo Médico Hegemónico con las políticas de Descentralización y los Hospitales de Autogestión.	40
CAPÍTULO II.....	44
REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.....	44
2.1 La Estrategia de Autogestión.	44
2.2 El Hospital Público de Autogestión.	49
2.3 La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba.	56
CAPITULO III.....	64
MATERIAL Y MÉTODOS.....	64
3.1 Resultados y Análisis del caso.....	64
Características Sociodemográficas y Situación Política	66
Datos Censales del Departamento Cruz del Eje 2010	69
Sistema Público de Salud Departamento Cruz del Eje.....	73
Servicios de Atención de Gestión Provincial	76
Servicios De Atención De Gestión Municipal	86
Ciudad de Cruz del Eje	86
Ciudad de Villa de Soto	88
Hospital Municipal	88

Centro de Integración Comunitaria	92
Puestos Sanitarios:.....	93
Ciudad de Serrezuela	96
Hospital Municipal	97
Municipio de San Marcos Sierras.....	100
Municipio de El Brete	101
Servicios de Atención de Gestión Comunal	102
Comunas del Departamento Cruz del Eje.....	102
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFÍA.....	113
ANEXO	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Distribución de Consultorios Externos</i>	79
Tabla 2 <i>Distribución de los Servicios de Atención por Número de Camas ..</i>	79
Tabla 3. <i>Cantidad de consultas por especialidad. Estadística de los años 2012 y 2013 según especialidades</i>	81
Tabla 4 <i>Cantidad de Consulta por Especialidad</i>	81
Tabla 5 <i>Tasa de Mortalidad General</i>	82
Tabla 6 <i>Tasa De Mortalidad Infantil</i>	83
Tabla 7 <i>Servicio de salud. Cantidad de especialistas</i>	90
Tabla 8 <i>Organigrama del personal de salud</i>	92
Tabla 9 <i>Información servicios en Barrio Belgrano</i>	94
Tabla 10 <i>Información servicios en Barrio 9 de Julio</i>	95
Tabla 11 <i>Información servicios en Barrio Las Flores</i>	95
Tabla 12 <i>Especialistas de la ciudad de Serrezuela</i>	98
Tabla 13 <i>Población total según área urbana /rural agrupada /rural dispersa</i>	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>División departamental de la Provincia de Córdoba, Argentina...</i>	65
Gráfico 2 <i>Porcentaje de Hogares que no cuentan con agua corriente en diferentes localidades del Departamento Cruz del Eje</i>	71
Gráfico 3 <i>Porcentajes de hogares que no cuentan con baño, ni letrina.....</i>	72
Gráfico 4. <i>Ubicación geográfica de los hospitales provinciales</i>	74
Gráfico 5 <i>Mortalidad infantil</i>	83

INTRODUCCIÓN

En Argentina, en el transcurso de las últimas décadas, fueron numerosas las reformas políticas que generaron reestructuraciones del Estado. Estas transformaciones de índole económica, política, social y cultural, tienen relevancia ya que han ido impactando en las nuevas modalidades de investigación social, en el modelo de Estado que se constituyó, y en las nuevas formas de participación de la sociedad.

Con el objetivo de mejorar su eficacia y eficiencia, el Sistema de Salud Argentino, como parte del Estado Nacional, recibió el impacto de dichas reformas, a través de leyes, decretos y regulaciones.

En este sentido, el Estado como garante y proveedor de servicios esenciales, con el pueblo como núcleo de agentes de derecho, debe garantizar una eficiente Salud Pública que llegue a todos sus habitantes. De este modo el Estado Nacional declinó esta obligación en cada una de las Provincias para que regulen e implementen su Sistema de Salud. Lo notable fue que también las Provincias, a través de un llamado proceso de descentralización, transfirieron parte de dicha carga a los Municipios.

En el área de salud, la propuesta provincial de descentralización y desconcentración de servicios se enmarca a su vez en los lineamientos de las estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) y Sistemas Locales de Salud (SILOS). Ambas estrategias han sido fomentadas por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Propósito sobresaliente de

esta política en nuestro país, fue disminuir la carga presupuestaria del nivel federal, lo cual se tradujo en un deterioro progresivo de la capacidad de atención hospitalaria. La Provincia de Córdoba ya le había transferido, por medio de la Ley 6558/81, a la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, la casi totalidad de los establecimientos de baja complejidad ubicados en el radio municipal. (Gagliano, Rosenfeld, Tillea, 1989:151-152). Dentro de las estrategias tendientes a transformar la estructura del Sector Salud, se encuentra la descentralización hospitalaria, y también el surgimiento de Hospitales de Autogestión, a partir de la puesta en vigencia del Decreto Nacional N° 578 del 01 de abril de 1993, publicado en B.O. el 07 de abril de 1993.

En la mayoría de las provincias argentinas, el proceso se inició con la reforma de las constituciones provinciales. En el caso de la Provincia de Córdoba, tema que ocupa mi trabajo, la Reforma Constitucional de 1987, y posteriormente el decreto 1174/88, aprueba las políticas generales y pautas normativas de los programas de descentralización para todo el territorio provincial, encargando al Ministerio de la Función Pública y de la Reforma Administrativa, la formulación y consiguiente coordinación de la descentralización y las correspondientes estrategias sectoriales.

El mencionado Decreto -y su Anexo Único, que establece las políticas generales y pautas normativas para la orientación de los programas de descentralización de la Provincia- contiene reiteradas referencias a la estrecha vinculación entre las ideas de regionalización, desconcentración administrativa, eficiencia en la prestación de servicios públicos y descentralización basada en la auténtica participación de los municipios y de la participación social.

Conceptualmente, define la descentralización administrativa como el proceso de transformación de las estructuras del Estado, consistente en que un poder central transfiere un conjunto de competencias y recursos a los ámbitos territoriales menores del Estado, para que éstos los gestionen de forma autónoma; es decir que, en términos conceptuales, los ámbitos territoriales menores del Estado amplían su poder efectivo, receptando a la vez funciones y recursos,

Luego se dictó la Ley de Reforma del Estado 7850/89. Sancionada el 03/01/89, Publicada B.O. 17/11/89 y el Decreto Provincial 6454/89 emitido el 27/12/89, Publicado B.O. 09/01/90, que reglamenta la ley 7850 cuyos artículos 11 y 12 crean el Fondo de Financiamiento.

A dicha descentralización, el marco legal lo aportó la Ley 7644 que faculta al Poder Ejecutivo a retener, en forma transitoria, los montos de coparticipación municipal, hasta que los gobiernos municipales suscriban los convenios de transferencias respectivos. (Art. 2)

No obstante ello, autorizada doctrina sostiene que pese a dichas acciones *“...las expectativas de la población superan las capacidades de los servicios de atención médica. La mayoría de la población mundial está descontenta con su sistema de cobertura médica”* (González García, y Tobar, 1999:40). Si bien la cita anterior es totalmente cierta y creo que tiene múltiples formas de explicarse, en el caso del Sistema de Salud del Departamento geográfico que me he propuesto estudiar, son pocas las expectativas de la población si uno las compara con las necesidades vitales insatisfechas.

En este punto debo revelar que *“Una dimensión básica de todo sistema es su organización. Los analistas de la teoría de las organizaciones destacan la importancia*

de sintonizar los objetivos de los actores con la misión institucional". En otros términos, "nadie se realiza en una organización que no se realiza". La paradoja de la salud podría ser planteada entonces de este modo: "Nadie puede estar seguro de su salud si pertenece a un Sistema de Salud enfermo". (González García, y Tobar, 1999: 41)

Durante los años 2013 a 2016¹ no han sido puestas en práctica las disposiciones del decreto N° 578 de 1993 por las autoridades a nivel local, regional y central y por ende no fueron alcanzados los beneficios que podía aportar, ni se evaluaron los efectos positivos y negativos que su aplicación podía brindar. Ése fue el origen del interés en realizar la exploración, descripción y análisis de la situación del Subsector Público dentro del Sistema de Salud que se brinda en el Departamento Cruz del Eje, de la Provincia de Córdoba.

Haciendo un breve recorrido histórico, el trabajo presenta, en una primera etapa, una comparación entre los Estados de Bienestar y Neoliberal y sus respectivos Sistemas de Salud, siendo el tema central de este capítulo, las políticas economicistas y sin control efectivo del Estado, implementadas a lo largo de la década del 90 y su repercusión en el Sistema de Salud en Argentina.

Dado que la estrategia de Hospitales Públicos Autogestionados fue una de estas políticas, nos detendremos sobre el Marco Normativo con que se aplicó este decreto.

¹ Dentro de ese periodo de tiempo me desempeñé como Directora del Hospital Municipal de Villa de Soto.

Y por último, analizaremos la forma actual de aplicación de esta estrategia, sus logros y sus efectos, concentrando nuestro estudio en el Departamento Cruz del Eje de la Provincia de Córdoba.

HIPÓTESIS

La ley de descentralización y autogestión de Hospitales Públicos- Decreto N° 578/93- puesta en vigencia a partir del año 1995, optimiza los resultados esperados en Salud Pública, en el Departamento Cruz del Eje de la Provincia de Córdoba.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar en qué grado la Descentralización, a través de la figura de la Autogestión, impacta sobre la eficiencia del Sistema de Salud del Departamento Cruz del Eje de la Provincia de Córdoba.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar si el proceso autogestionario concede la suficiente Autonomía Administrativa y Legal a los Centros de Salud, como para considerarlos Autogestionados.

CAPITULO I

EL ESTADO Y SU TRANSFORMACIÓN

1.1 ESTADO DE BIENESTAR Y ESTADO NEOLIBERAL: SU RELACIÓN CON LA SOCIEDAD.

El contexto en el que surgió el Estado Nacional-Popular o Social, fue el de la incorporación de grandes masas, la necesidad de contrarrestar las crisis periódicas del capitalismo y de conciliar el imperativo de la acumulación, con el de la legitimación.

Este modelo constituyó una etapa de intervención estatal, de un Estado que se caracterizó por su acción en forma de prestaciones sociales, dirección económica y distribución del producto nacional.

“La legitimación comenzó a basarse en las respuestas del Estado a las demandas populares, en el distribucionismo, el apoyo plebiscitario y el liderazgo carismático como articulados de la movilización popular” (García Delgado, 1994, p.49). De esta manera, el movimiento obrero aparecía como el sujeto que hegemonizaba la relación Estado-Sociedad, llevando adelante luchas por la inclusión y la autonomía nacional.

El peronismo se asoció a una visión organicista. En este sentido buscó transformar la lucha de clases en términos de armonización de intereses de los actores, lo cual condujo a la organización de los sectores populares. Otra característica importante del período, fue la elevada politización de las

relaciones sociales. Esta integración se basó en la figura del liderazgo de Perón y en la constitución de un novedoso sentimiento de integración nacional.

Durante su vigencia, la democracia estuvo asociada a distintos factores tales como la participación social, la distribución del ingreso, la integración y el ascenso de sectores populares; es decir que el Estado determinó fuertemente a la sociedad estableciendo una particular vinculación, más cercana a la fusión, que a una clara separación entre Estado y Sociedad.

Hacia fines de los años 70, es cuando este modelo entra en crisis, por múltiples causas.

La sociedad conformada por la industrialización sustitutiva, la política de masas y el desarrollo industrial orientado hacia adentro, comienza a quedar atrás. El Estado de Bienestar, empezó a modificarse, y por ende sus principales características, como la orientación hacia el pleno empleo, el apuntalamiento del sistema de seguridad social, la provisión pública de servicios sociales universales, el mantenimiento de un nivel mínimo de calidad de vida asegurado por el Estado y una concepción del aparato estatal vehiculizada a través de la centralización.

A partir de 1976, el gobierno no democrático, modificó el modelo de acción colectiva a partir de la represión, el desmantelamiento de la estructura de representación gremial, partidaria y estudiantil y el disciplinamiento generalizado de la vida cotidiana instaurando el temor a la participación, favoreciendo la quiebra de solidaridades y el retorno a lo privado, tanto en el ámbito gremial como en la participación en general.

Con la llegada del peronismo al poder en la década del 90, se termina de quebrar tanto la etapa industrialista como la movimientista, cuya debacle se

iniciara en 1976, así como también se produce el desgaste de la matriz Estado-Céntrica. *“No sólo se desplazan diversas actividades públicas hacia el mercado, sino que termina por hacerse viable y definitiva la configuración del nuevo modelo de relaciones Estado-Sociedad (...)”*. (García Delgado, 1994:15).

A lo largo de esta década, del '90, la movilización dejó de ser garantía de la detención de políticas desfavorables o la inductora de un modelo de desarrollo determinado, y pasó a representar la protesta exclusiva de aquellos sectores directamente afectados. Esta situación significó, para el sistema político, *“un sistema menos sobrecargado, con menores presiones desde abajo y por lo tanto más gobernable. Pero en términos democráticos, se trata de un cuerpo político más desmotivado y apático, con un preocupante distanciamiento entre representantes y representados”* (García Delgado, 1994:190).

Sin embargo, la consolidación de un nuevo modelo de acumulación no es privativa de Argentina, sino que se relaciona con la crisis del Estado de Bienestar en las sociedades desarrolladas y la crisis del Estado Desarrollista Latinoamericano. *“En todas partes entra en crisis la gestión pública y no sólo cambia el rol del Estado sino que también cambia la sociedad misma”* (García Delgado, 1994:190). Se reformulan los contornos entre Sociedad y Estado y se deja de concebir a la política como eje de las transformaciones sociales.

Con los cambios estructurales provocados a lo largo de esta etapa, la democracia va a desligarse de lo social.

“Es a partir de este cambio que el Estado se desliza hacia una menor actividad económica, amplía el espacio del mercado, rompe las articulaciones neocorporativas, abre las fronteras, se desvincula de la sociedad, contrata servicios a agencias privadas e internacionales y se descentraliza, favoreciendo de esta

manera al Estado y a la Sociedad Civil a través del impulso de políticas de libre mercado que tienden a orientar a los individuos hacia lo privado y a tener menores expectativas sobre el Estado". (García, 2008:10).

En este sentido es que desde las Ciencias Sociales se comienza a hablar del enfoque neoliberal del Estado, que se expresa en términos económicos y de lucha contra la inflación y por la estabilidad, mostrando la necesidad de encarar una drástica separación entre el Estado y la Sociedad Civil para alcanzar la estabilidad económica. Se destaca el excesivo tamaño adquirido por el sector público, el aumento de la burocratización y la descontrolada expansión del gasto fiscal.

De acuerdo con esta postura, todas las responsabilidades de la crisis recayeron sobre el Estado y las virtudes y posibilidades de salida se depositaron en el mercado, el cual pasó a ser el eje del proceso económico. Esto condujo, desde un punto de vista social, a un cambio en las relaciones internas que, progresivamente conformaron otro mercado de trabajo y otro contrato laboral como consecuencia de la flexibilización y la desregulación, como de la precarización del empleo, el autoempleo y el pluriempleo, dando paso a una sociedad en la que coexistieron fenómenos sociales considerados posmodernos y otros tradicionales o de regresión social. Otra modificación que provocó la expansión del mercado en la sociedad tiene que ver con la aparición de una multiplicidad de organizaciones no gubernamentales (O.N.G.), que constituyen una nueva mediación entre el individuo y el Estado: consultoras, fundaciones y movimientos sociales debido al aumento de la estratificación, la diferenciación y la complejización social que diluyen las expectativas del modelo estatal intervencionista tendientes a la homogeneidad y a la

universalidad y exponen a amplios sectores de la sociedad a elevados niveles de incertidumbre.

Desde un punto de vista cultural, se asiste al pasaje de un modelo vinculado a lo público-estatal de solidaridades nacionales, hacia otro vinculado al mercado, a la sociedad civil y a la competencia.

1.2 SUS RESPECTIVOS SISTEMAS DE SALUD. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

En los países latinoamericanos en general y en Argentina en particular, las transformaciones sufridas por la relación Estado / Sociedad entre 1930 y 1980 no han configurado verdaderas condiciones de bienestar, pero sí se puede dar cuenta, en esos años, de un “*Estado de Compromiso*”.

Sin embargo, y a pesar del reconocimiento de los derechos sociales como mecanismo de inclusión, existían dificultades para garantizar el acceso universal e igualitario de la población a los servicios de atención médica. Los factores que generaron estas dificultades fueron diversos, y tuvieron que ver con las condiciones que regulan la dinámica del sistema político: inestabilidad del régimen, debilidad del sistema de partidos, presencia corporativa en la representación de intereses, fragmentación y clientelismo de los organismos del Estado, a lo que se sumó, la ausencia de cultura democrática.

Aunque el sector salud, posee una dinámica propia que responde a relaciones de poder que se construyen en torno a sus instituciones, éstas dependen del balance de fuerzas que se establece en la sociedad que las contiene.

Entre 1930 y 1980 el Sistema de Salud se caracterizó por el reconocimiento de la responsabilidad del Estado como organizador y modelador de la vida social, la confianza en el progreso técnico-científico y en su capacidad para garantizar el bienestar y la utopía igualitaria fundada en: la generalización del acceso al goce de derechos sociales, la mediatización de ese acceso a través de la población trabajadora hacia los sectores no insertos de manera directa en el mercado del trabajo y la fragmentación y heterogeneidad de las Instituciones del Sistema. Belmartino y Bloch (1994) refieren que el rasgo novedoso y también permanente es la politización de las demandas de esas instituciones heterogéneas y fragmentadas (...), las que asumirán desde el primer momento rasgos corporativos, que se acentuarán a partir de los años '60, cuando el aparato estatal fracase en su intención de poner en marcha una intervención reguladora.

A lo largo de estos años se han ido deconstruyendo determinadas relaciones de poder en el interior del sector salud, a la vez que se han reconstruido otras. Así, por ejemplo, durante los años que siguieron a la crisis de 1930, el sector salud se fue reformulando: la crisis se manifestó por una insuficiente financiación de los servicios de atención médica, para dar respuesta a las necesidades de su población a cargo. A partir de este hecho, se empieza a reconocer un nuevo rol del Estado y de sus instituciones en la organización del sector, se vislumbrar una incipiente organización gremial de la profesión médica, y el desarrollo de la cobertura de atención médica para el personal de organismos del Estado, características éstas que adquirirán mayor centralidad durante el período que va de 1946 a 1955. Dicho período se caracterizó por la presencia hegemónica del Estado en la sociedad en general

y en el sector salud en particular, sin antecedentes, tanto en la regulación como en la expansión de la capacidad instalada del subsector público. Éste fue también el momento de mayor eficacia redistribucionista de la actividad estatal en el interior del sector.

En este período, la sociedad civil argentina se caracterizó por una colonización por parte del Estado, es decir, una captación de lo social en parámetros estatales que se consolidó a partir de una lógica de creciente regulación del Estado, una extrema fragilidad de la esfera de lo privado, y un intenso sentido de lo colectivo, que en muchos casos asumió una forma corporativa, lo cual desembocó en una hiperpolitización, que fue el modo en que la sociedad y el Estado se relacionaron mutuamente, en un vínculo que hizo perder especificidad tanto a uno como a otro término de la ecuación.

El derrocamiento del General Perón en 1955 dio inicio a un período marcado por la disminución de la incidencia del Estado, la interrupción del desarrollo de la capacidad instalada y el comienzo del deterioro de la existente. También, pero de una manera incipiente, se comenzó a registrar una expansión del subsector privado, vinculado a los recursos financieros de las Obras Sociales. Esto trajo aparejado un reforzamiento de las presencias corporativas en el sector salud. Por su parte el gremio médico consolidó su organización a nivel nacional, mientras se profundizó la vinculación entre Obras Sociales y Sindicatos.

Las organizaciones gremiales médicas, federadas en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), pusieron en marcha una estrategia dirigida a erradicar el trabajo profesional retribuido por salario en Obras Sociales y Mutualidades. La libre elección del médico, el pago por

prestación y el derecho de la profesión médica a establecer el precio de su trabajo, se propusieron como principios regulatorios dotados de justificación técnica, ya que fueron planteados como requisitos indispensables para la eficacia de la práctica, y como postulados de ética profesional. Se comenzaron a generalizar los contratos con obras sociales, hegemonizados por las organizaciones profesionales, las cuales lograron generar condiciones de control oligopólico de la oferta de servicios.

Otro rasgo a destacar de la época, son los principios de accesibilidad universal igualitaria e integralidad de las prestaciones aplicable a la población a cargo del Sistema, y la centralización normativa y descentralización operativa que debían regir la organización de los servicios. Estos principios se convirtieron en referentes legitimatorios de toda propuesta de reorganización sectorial, pero en la práctica carecieron de viabilidad financiera, administrativa y política.

En 1960, el Sistema de Servicios de Salud de Argentina estaba, como hasta nuestros días, compuestos por tres subsectores: el Público, el Privado y el de la Seguridad Social. Esta diferenciación corresponde a, por un lado, la propiedad o jurisdicción de las instituciones proveedoras de servicios y, por el otro, a las fuentes de financiación y los mecanismos de vinculación entre las instituciones financiadoras y proveedoras. En este sentido y teniendo en cuenta la fuente de financiación, podemos hablar de un modelo público financiado a través del sistema impositivo y con servicios integrados, que cubría a personas de bajos recursos, sin cobertura de seguridad social o con cobertura insuficiente, alrededor de un 20%, de la población. Un modelo financiado por contribuciones obligatorias de seguridad social con provisión de servicios por

contratos, que cubría alrededor de un 75% de la población total, compuesta por trabajadores en relación de dependencia y sus dependientes y asegurada en forma obligatoria en fondos de enfermedad reglamentados, las Obras Sociales. Coexistía un modelo financiado con primas de carácter voluntario, que cubría a un sector de medianos recursos y que actuaba como complemento de la protección ofrecida por la seguridad social. Además, un pequeño porcentaje de la población que pagaba en forma directa su consumo de atención médica. (García, Natalia; 2008:15).

El modelo del Sistema de Servicios de Salud en 1960, que se extendió hasta la década del '90, se caracterizó por la formalidad alcanzada en la relación entre las Obras Sociales, los Médicos en práctica independiente y los Sanatorios. Los médicos estaban organizados en Asociaciones de nivel local y éstas, a su vez, en Federaciones Provinciales y una Federación de tercer nivel en el ámbito nacional, la Confederación Médica de la República Argentina (C.O.M.R.A.). Todos los médicos matriculados tenían derecho de ser admitidos como proveedores de servicios a los beneficiarios de las Obras Sociales a nivel nacional o provincial. Las relaciones entre Obras Sociales y Hospitales Privados, también agrupados en Asociaciones, Federaciones y la Confederación Nacional de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, estaban organizadas bajo el mismo esquema.

Las modalidades de los contratos estaban reguladas primero por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), el cual es reemplazado por la Administración Nacional de Seguros de Salud (ANSSAL) que, posteriormente, toma a su cargo esta regulación.

Las pautas contractuales y las formas de pago de los servicios eran establecidas a nivel nacional con carácter uniforme para todo el país. Los representantes de los proveedores y de las Obras Sociales se reunían periódicamente para acordar los montos a pagar por cada servicio; en caso de conflicto, intervenía el Estado como árbitro. Estos montos se consignaban en el Nomenclador Nacional de Prestaciones. Este listado de procedimientos médicos y sus respectivos aranceles llegó a ser el principal instrumento regulador del modelo de servicios ofrecido, ya que los precios relativos privilegiaron la atención curativa, altamente especializada, y con importante incorporación de tecnología de punta.

El reembolso de los proveedores se daba a través del pago por acto médico. Uno de los supuestos del modelo radicaba en que las Asociaciones de Profesionales se encargarían de controlar la calidad y el volumen de servicios de cada médico y, si era necesario, aplicar medidas de disciplina; sin embargo, este supuesto no se cumplió, así como tampoco existió un control efectivo de las Instituciones Financiadoras. Por el contrario, el volumen de servicios era decidido fundamentalmente entre los pacientes y los médicos individuales, situación que los condujo a la competencia por el volumen de trabajo y el ingreso.

Con respecto al gasto en medicamentos, también existía poco control. Su precio era establecido unilateralmente por la industria y la prescripción era decidida por el médico en ausencia de incentivos al ahorro. Sólo en los últimos años de vigencia del modelo, la COMRA aceptó y estimuló la utilización de un Vademécum de Medicamentos, con el fin de promover la toma de conciencia por parte de los profesionales en relación con el costo de los fármacos.

En ausencia de cualquier control sobre el volumen de trabajo y con presencia de modalidades de pago que incentivaban la generación de mayor ingreso a partir de la mayor producción de servicios, la posibilidad de contención del gasto de las Obras Sociales dependía principalmente de copagos por parte de los pacientes. Esto condujo a un incremento en el volumen de servicios y a una expansión de las instalaciones privadas que constituyeron uno de los principales determinantes de la crisis financiera del Sistema.

Se demostró de manera flagrante la falta de compromiso de todos los integrantes, al menos en los sectores dirigenciales, del Sistema de Salud; como también fue evidente la falla en el control del Estado, como primer responsable de la Salud de todos los ciudadanos.

En el sector del Seguro Privado, un escaso número de Obras Sociales pudo desarrollar sus propios servicios de atención. En estos casos el traspaso de fondos se hizo por presupuesto y el pago a los profesionales, por salario. Lo mismo ocurrió, en cuanto a la financiación, en el Subsistema Público. Lo que lo diferenció del sector privado fue la falta de actualización tecnológica y el descenso general de los recursos disponibles, que fue debilitando la capacidad de los servicios para atraer recursos humanos.

Las Obras Sociales tenían como obligación cubrir actividades preventivas. Sin embargo, daban cumplimiento a esta norma conforme su propia definición de prioridades o disponibilidad de recursos.

La diferencia en la disponibilidad de recursos y la ineficiencia en su administración afectaron el acceso a la atención para los beneficiarios de algunas Obras Sociales. Así es como los pacientes empezaron a realizar copagos para poder acceder a los servicios. Según la reglamentación y los

contratos, los co-pagos realizados al momento de recibir la atención, debían ser pagados a la respectiva Obra Social. Sin embargo, a medida que se ampliaba la crisis financiera del sistema, los profesionales independientes y los sanatorios, no conformes con los aranceles pactados, comenzaron a cobrar un plus que el paciente efectivizaba en forma directa al proveedor o a la institución proveedora.

Por su parte, el Subsistema Público orientó sus servicios a la atención de la demanda de la población indigente. Desde el punto de vista médico, se consideró indigente, a la población sin trabajo formal, carente de cobertura de Obras Sociales, directamente o a través de un familiar; o a aquel individuo con cobertura social insuficiente que debía concurrir al Sector Público para determinadas prácticas de mayor complejidad, sin capacidad económica para solventar los co-seguros o acceder al servicio.

A su vez, las características de la atención proporcionada a esta población se hallaban en estrecha relación con sus condiciones socio-económicas y culturales que influían sobre la duración y eficacia de los tratamientos prescriptos.

Aunque teóricamente la actividad del Subsistema Público estaba regulada por Planes y Programas, en la práctica predominaba, y lo hace aún hasta la fecha, la atención de la demanda espontánea.

En la década del '70 también se produce la consolidación y fortalecimiento del modelo estatal-corporativo-privatista de organización sectorial, con un nuevo intento de conducción hegemónica del Sector de la Salud por parte del Estado a través de la Secretaría de Salud Pública. Esta intervención estatal generaliza, para toda la población en relación de dependencia y su núcleo

familiar primario, la cobertura otorgada por el sistema de Obras Sociales. Sin embargo, la fragmentación y heterogeneidad preexistente y la inequidad en la aplicación de mecanismos de financiación de base solidaria, no pudieron ser superados.

1.3 SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA: MODELO MÉDICO

HEGEMÓNICO.

En nuestro país, y a pesar de que en los últimos años se ha generado un amplio consenso sobre su crisis, denunciada tanto desde el Estado como desde organizaciones de base, pasando por grupos radicales y corporaciones médicas nacionales e internacionales, el Sistema de Salud se rige por el llamado Modelo Médico Hegemónico.

Dicho Modelo supone el reconocimiento de tres sub-modelos, a saber: el Modelo Médico Individual Privado, el Modelo Médico Corporativo Público y el Modelo Médico Corporativo Privado, que presentan los siguientes rasgos estructurales:

- La práctica médica es biologista e individual ya que parte de la enfermedad y no de la salud, y no se ocupa de promover y desarrollar condiciones de salud, es decir que no aborda la problemática social que es cercana a los problemas de salud-enfermedad, determinándolos, sino que, por el contrario, la enmascara.

- Tiene una concepción teórica evolucionista-positivista, es decir que, la práctica médica, es tecnocrática; se apoya en la idea de que el progreso técnico-científico conduce, a la perfección de la sociedad y al bienestar general del individuo. Este carácter tecnocrático permite el establecimiento de

relaciones autoritarias y asimétricas en el vínculo médico-paciente basadas en una supuesta superioridad del que sabe y, porque sabe, tiene en sus manos el instrumento para resolver los problemas del que no sabe, provocando una participación subordinada y pasiva por parte de los “consumidores” en las acciones de salud que quedan excluidos del saber médico.

- Considera a la salud como una mercancía; incorporando cada vez más áreas de la actividad humana al proceso de valorización del capital, ha dejado de ser considerada como un servicio tornándose una actividad lucrativa más, que ya no responde a una ética de tipo normativo.

- Ideológicamente, se identifica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de los otros modelos, negando y desvalorizando prácticas y saberes populares respecto de la salud-enfermedad.

- Muestra a lo técnico como neutro, como un saber no contaminado por la problemática social que lo circunda.

- Otro rasgo que caracteriza a este modelo es la iatrogenia, tanto en el uso de determinados medicamentos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos, como en la desinformación que este modelo produce en los sujetos.

- Separa al individuo de la posibilidad de pensar sus condiciones de salud-enfermedad, negándole la posibilidad de buscar, por sí mismo, la solución a sus problemas de enfermedad. De esta manera, el paciente se convierte en un ser totalmente pasivo, sometido a las decisiones del médico.

- Tiende a expandirse sobre nuevas áreas problemáticas, a las que medicaliza, es decir que, cada vez hay más áreas de la actividad humana que caen bajo la actividad médica.

- Como consecuencia de lo expuesto, la práctica médica tiende al control social e ideológico e induce al consumismo médico.

- Es un modelo concentrador ya que brinda la posibilidad de que un determinado grupo social concentre bienes materiales y simbólicos y la capacidad de dar salud; pero también es excluyente al separar a la sociedad del control de sus condiciones de salud, al no permitir que los individuos entiendan la relación entre condiciones de vida y condiciones de salud.

A su vez, Menéndez caracteriza a los submodelos corporativos por la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; el burocratismo; la consecuente disminución de responsabilidades y la dominación de criterios de productividad. (Menéndez E., 1990: 75).

A partir de las características del Modelo Médico Hegemónico, se puede verificar una tendencia a la sobre especialización de los profesionales, lo cual implica una práctica médica compartimentalizada, donde el paciente no es visto integralmente, sino que es “seccionado” de acuerdo con las diversas patologías que presenta. Esta tendencia lleva a un alejamiento de las necesidades de la población, en la medida en que la oferta determina la demanda. Como consecuencia de esto, se registra un considerable desconocimiento de las necesidades de salud de la sociedad.

En este sentido, la medicina se orienta a diagnosticar y tratar al enfermo individual, con lo cual limita su visión al proceso salud-enfermedad, sin tener en cuenta una dimensión colectiva, epidemiológica y preventivista. Esta orientación se estructura desde la propia formación universitaria.

Estas consideraciones *“se tornan particularmente visibles en los hospitales públicos, cuya “clientela” natural, los sectores de menores ingresos y pobres estructurales, se ven afectados por enfermedades o problemas de salud de origen eminentemente social o colectivo. Pero, a la vez, son los hospitales públicos y, por lo tanto los profesionales y técnicos que en ellos desarrollan sus actividades los que se hallan en las mejores condiciones para revertir esa visión restringida del proceso salud-enfermedad, justamente por su mayor aproximación cotidiana a la dimensión colectiva a la que se alude”* (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996).

A pesar de la hegemonía de este Modelo, existen grupos poblacionales que buscan respuestas a sus problemas en modelos informales de salud: las medicinas tradicionales o alternativas.

Las múltiples formas en que el Sistema de Servicios de Atención de la Salud se desarrolló en nuestro país dieron lugar a un Sistema Mixto, dentro del cual se pueden distinguir Subsectores orientados a un fin general común: brindar atención de la salud; pero se diferencian en relación a quienes acceden a los servicios (población objetivo), a los riesgos que son cubiertos y a los alcances de la cobertura (servicios que brindan) y a las fuentes de financiamiento (origen de los recursos).

Estos Subsectores son: el Público, el de la Seguridad Social (Obras Sociales) y el Privado.

Cada uno de estos Subsectores disputó, en su momento, asumir la hegemonía del sistema a través de diferentes proyectos de reforma.

En realidad estos tres Subsectores siempre se manejaron con una importante falta de articulación, mostrando heterogeneidad y fragmentación entre sí y en el interior de cada uno de los mismos.

Es así como, por ejemplo, durante el gobierno militar que se instauró en 1976, las políticas económicas llevaron a facilitar la tecnificación, lo cual se hizo en forma masiva, sin planificación y trajo aparejado una sobre-utilización que llevó a la crisis financiera a numerosas Obras Sociales.

Por otro lado, en 1985 el Proyecto del Seguro Nacional de Salud, que reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, planteaba el fortalecimiento del Sector Público como prestador y su incorporación a un Sistema de Atención compartida con el Sector Privado y las Obras Sociales, encontró fuerte oposición del sindicalismo.

Es así como se llegó a la década del '90, momento en el que se materializó la reforma del sector, que dejó de lado las preocupaciones centrales del sanitarismo: equidad, accesibilidad y aumento de la calidad de vida, para concentrarse exclusivamente en los flujos financieros del sector. Se trató entonces de una reforma financiera más que de una reforma sanitaria, orientada a la contención de costos y a la eliminación de actores considerados prescindibles. (Salud en Argentina; Recuperado el 15 de septiembre de 2020 de Salud en Argentina: https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Argentina.)

1.4 REFORMA DEL ESTADO Y REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD.

A partir de los años'80, diferentes países del mundo, se comprometieron a un profundo proceso de reformas. La preocupación por reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables, condujo a

disminuir el tamaño del Sector Público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a cuestiones políticas. Esto implicó la reducción de las tradicionales actividades asignadas al Estado, limitando su actuación a las acciones que le son propias, con la expectativa de aumentar su eficiencia.

Los países latinoamericanos, y la periferia en general, han adoptado y seguido al pie de la letra la agenda marcada por organismos internacionales, entre ellos, el Banco Mundial, aun partiendo de condiciones mucho más precarias en comparación con los países centrales, y de estar sometidos a limitaciones financieras o importante subfinanciamiento sectorial.

Las perspectivas reformistas del Sector Salud, han estado orientadas, básicamente, por dos ejes centrales, a saber: en primer lugar, *“la contención de los costos de la atención médica, traducida en la búsqueda de mayor eficiencia”* y, en segundo lugar, *“la reestructuración del “mix” público-privado, a partir de la descentralización de actividades y responsabilidades (operacionales y de financiamiento) y del aumento de la participación financiera de los usuarios, traducida en el pago de los servicios que utilizan, sean éstos públicos o privados”*. (Almeida, 1995:33).

El principal objetivo fue restringir el gasto en este sector. En términos ideológicos, el objetivo primordial fue despolitizar la arena sectorial, privilegiar la actuación de los gerentes, desplazando al médico como principal agente de gasto o inductor de demanda.

En Argentina, se puede decir que dentro del Sistema de Servicios de Salud (S.S.S.), lo que impulsó la reforma fue una situación conflictiva, desatada por la

definición de nuevas reglas de juego en la organización de dicho Sistema, derivada de las estrategias que los actores con presencia en el campo de la salud promovieron para conservar y/o mejorar sus posiciones en el sistema de servicios, pero también, del agotamiento de las formas regulatorias anteriores.

El marco regulatorio que regía la organización del S.S.S., previo a este proceso de reformas, estaba basado en el acuerdo de las grandes organizaciones a cargo del financiamiento y provisión de los servicios de atención médica, que habían acumulado cuotas importantes de poder sobre los recursos materiales, técnicos y financieros del sector. Estas organizaciones, fueron por un lado, las Obras Sociales, nucleadas en los años '60 alrededor de la Confederación General del Trabajo (C.G.T.), que se constituyeron en actores de naturaleza corporativa. Lo mismo ocurrió con las Organizaciones de Proveedores, tanto la que reunía a los profesionales independientes: La Confederación Médica, como la que representaba a Sanatorios y Clínicas Privadas: La Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados que, en aquella misma década, comenzaron a controlar el mercado de servicios de atención médica bajo condiciones de oligopolio de oferta.

La reforma se llevó a cabo a través de la sanción por decreto de la desregulación de las Obras Sociales, lo cual permitiría a los beneficiarios elegir libremente la entidad a la que canalizarían sus aportes, y favorecería la libertad de contratación entre Obras Sociales y Proveedores de Atención Médica; desregulación que estuvo dirigida a eliminar el carácter cautivo de la población beneficiaria. Además, dicho proceso de reforma del Estado, orientado por las políticas neoliberales de ajuste estructural, también se caracterizó por: la reducción del presupuesto estatal al Subsector Público, lo que provocó una

restricción en los servicios que se prestaban, en inversiones y remuneraciones; la descentralización de organismos, desde el nivel nacional a los provinciales y de éstas a los municipios; la privatización de servicios; la reestructuración organizacional, que tiene que ver con la reducción de personal y el aumento de contrataciones temporarias favorecidas por la flexibilización laboral y la delegación de responsabilidades a ONG y usuarios.

En 1991, el Ministerio de Economía puso en marcha una estrategia de centralización de aportes y contribuciones de la Seguridad Social, destinada a facilitar el control de dichos recursos por parte de funcionarios del Estado. Persiguiendo este objetivo es que en el artículo 85 del decreto de desregulación económica N° 2284/91 emitido el 31/10/91 y publicado en B.O. el 28/11/91, se establece la creación del Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, poniendo en marcha, a su vez, la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS) cuyo fin estaría orientado a unificar los aportes y contribuciones al sistema previsional y los destinados a financiar prestaciones de atención médica. Sus disposiciones facultaron al SUSS para ejercer la administración, recaudación y fiscalización del conjunto de los aportes y contribuciones efectuados sobre la nómina salarial. A estos efectos se crea, también por decreto N° 2741/91 emitido el 26/12/91, publicado en el B.O. el 08/01/92, la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), cuya función es administrar y controlar la recaudación de dichos fondos. El porcentaje correspondiente a la financiación de prestaciones de atención médica es derivado luego a las respectivas Obras Sociales. Posteriormente, sin embargo, el control del sistema de recaudación es transferido a la Dirección General Impositiva (DGI) organismo que depende

del Ministerio de Economía. El discurso que favoreció esta medida fue hacer más transparentes los recursos destinados al sistema, que hasta ese momento eran recaudados por cada Obra Social de forma independiente, y facilitar el control de la evasión.

En 1993, se avanza sobre la política de reforma sectorial procurando dar solución a dos aspectos en los que se centraba el diagnóstico crítico sobre la operatoria de las Obras Sociales. El primero tiene que ver con la obligación impuesta a cada trabajador de canalizar sus contribuciones de seguridad social médica a la Obra Social correspondiente al respectivo sindicato.

El otro componente crítico es la creciente proporción de beneficiarios del sistema de Obras Sociales que deben acudir, para su atención, a los servicios del Subsector Público. Este hecho se relaciona con las dificultades financieras que obligan a estas instituciones a establecer coseguros para el acceso a las diferentes prácticas. A esto se suma el plus que los profesionales insatisfechos con las remuneraciones percibidas, comienzan a exigir a sus pacientes en el momento de brindar la atención. De esta manera los beneficiarios de menores recursos, se ven obligados a acudir a los servicios públicos, abiertos a toda la población en forma gratuita, pero que durante la década del '90, y hasta nuestros días, se vieron saturados por el aumento de la demanda, debido a políticas que generaron una creciente exclusión social.

Ante la imposibilidad de lograr la efectiva aplicación de las medidas desregulatorias para los beneficiarios de Obras Sociales, se sanciona, por decreto, una nueva reglamentación para las leyes 23.660 y 23.661, sancionadas el 29/12/88. El decreto reglamentario de la ley 23660 es el número 576, sancionado el 1 abril de 1993. A partir de esta sanción se obliga a las

Obras Sociales a admitir la afiliación de todos los beneficiarios comprendidos en las disposiciones de la ley 23.660 y los beneficiarios de la ley de Seguridad Nacional de Salud 23.661, que son aquellos afiliados a Obras Sociales que no pertenecen a la jurisdicción nacional y pueden optar por acogerse a sus beneficios.

Esta reglamentación también prohíbe la contratación de prestaciones con las entidades gremiales representativas de los prestadores y establece la posibilidad de que los Hospitales Públicos y otros centros asistenciales se incorporen al sistema conforme a normas establecidas por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS).

El decreto número 9 del año 1993, sancionado el 07/01/1993 y publicado en el B.O. el 18/01/1993, pone en marcha los fundamentos de la reforma. Establece la libre elección por parte de los afiliados de las Obras Sociales, quienes podrán optar entre las instituciones componentes del sistema y cambiar su dependencia una vez al año. Dispone que el Ministerio de Salud y Acción Social establezca las prestaciones básicas que debe brindar cada Obra Social y que la ANSSAL compense las diferencias que pudieran existir entre el monto de los aportes y contribuciones efectivamente percibidas y el costo de dichas prestaciones. Profundiza la reforma de las relaciones entre Obras Sociales y proveedores de servicios, de acuerdo con las siguientes disposiciones:

- Se establece la libertad de contratación entre Obras Sociales y proveedores de servicios, no sujeta a nomencladores o tarifas prefijadas, para posibilitar la competencia de precios entre los oferentes de la atención médica.

- Las Obras Sociales no podrán contratar con instituciones que tengan a su cargo el control de la matrícula profesional o que limiten el derecho de sus miembros a contratar de forma directa. Esta disposición tendería a excluir del mercado a las corporaciones de prestadores, agentes que tradicionalmente habían controlado la oferta en condiciones oligopólicas.

- Los contratos entre Obras Sociales y prestadores deberán contener criterios de categorización y acreditación, tendientes a optimizar la calidad de la atención médica.

- Las Obras Sociales deberán pagar los servicios que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos, disposición que se completa con la sanción del decreto número 578/93 del 01/04/93, publicado en el B.O. el 07/04/93, regulatorio del Hospital de Autogestión. Para incorporarse al sistema establecido por dicho decreto, de Creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión, los hospitales debían:

- Financiarse con fondos presupuestarios que le asigne la respectiva jurisdicción, de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población a la que dirige su atención.

- Complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con Empresas de Seguro Privado de Salud, Mutuales y Obras Sociales.

- Los ingresos extra presupuestarios así percibidos serán administrados directamente por el Hospital de Autogestión. Al mismo tiempo, se establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna, se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios para crear

una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal. Se hace referencia también a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda, lo cual dejaría abierta la posibilidad de crear seguros de salud públicos.

Una de las críticas que se le hicieron a este decreto (número 9), provino de la Confederación Médica Argentina, cuyo Secretario General, Dr. Jorge Ochoa, denunció: *“nosotros vemos con terror que nuestras entidades, que son instituciones sin fines de lucro y que históricamente han sido la parte actuante de la Seguridad Social, en este momento tienen impedimentos legales inclusive para ejercer esa política (...). Esta es una política que tiende a que no haya entidades capaces de generar ni de profundizar reclamos ni de ocuparse de los afiliados ni los prestadores, porque el asunto es que la contratación debe ser en forma individual y no colectiva (...). Es decir que es fundamental que tengamos una definición con respecto a la prosecución o no de lo que se llama “el modelo” porque de ahí van a depender las posibilidades que tengamos de seguir participando activamente y dar todo el esfuerzo que podamos, porque realmente el tema de salud debe ser tratado entre todos y para todos”* (Revista “Médicos Hoy”, número 16, junio 1999).

En la Argentina, la reforma del S.S.S. se produce como consecuencias de la grave situación económica que el país enfrenta a lo largo de los años '80. Durante esta década, las estrategias racionalizadoras y de contención del gasto se orientaron según directivas de fuerte presencia estatal, al mantenimiento de las bases solidarias, a la tendencia a la universalización y al respeto a la participación de organizaciones empresarias, sindicales y corporaciones profesionales en la instrumentación de políticas relativas a la seguridad social médica. En contraste con esto, la gestión de Menem,

especialmente a partir del establecimiento del Plan de Convertibilidad, enfatizó los componentes de desregulación, privatización y libertad de contratación para la organización y financiación de la atención médica, instrumentando programas de focalización y subsidio a la demanda en áreas específicas, sobre la base de acuerdos firmados con el Banco Mundial.

Un ejemplo de estos acuerdos fue el Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales (PARSOS) aprobado en 1995 y financiado por el Banco Mundial.

Como parte de este proceso se instituyó, un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) con el objetivo de facilitar la reforma de la administración de las Obras Sociales, que les permita alcanzar un mayor equilibrio técnico y financiero. Esto sería logrado mediante la reconversión de la deuda de las entidades a través de préstamos a largo plazo; equilibrando la infraestructura de recursos humanos y físicos a través de la reducción de personal, la venta de establecimientos médicos subutilizados y, la implementación de actividades de desarrollo institucional para mejorar los servicios de salud, optimizar el desarrollo organizativo y estratégico, capacitar a los recursos humanos y crear eficiencia en los sistemas de información y comunicación. Para obtener este préstamo, las Obras Sociales debían: tener más de 10.000 afiliados; cumplir con las regulaciones del ente controlador; aprobar las etapas previas de calificación; demostrar y aceptar capacidad de pago del préstamo; y, no poseer deudas en el momento de la solicitud del préstamo. De 90 Obras Sociales que se presentaron al Fondo, sólo 30 alcanzaron los criterios para ser incluidas en el préstamo. Sin embargo, algo más de la mitad del monto del préstamo fue destinado al saneamiento

financiero, teniendo en cuenta que la mayoría de las entidades operaban con déficit y con un elevado nivel de endeudamiento con proveedores.

Por su parte, la Confederación General del Trabajo (CGT) impulsó un proyecto para racionalizar el Sistema de Obras Sociales, pero que sería coordinado en forma autónoma por la Central Obrera, conservando la estructura institucional existente, sin desarrollar competencia entre las instituciones, ni someterse a las directivas del Banco Mundial.

El proyecto propuso la definición de un Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) bajo la modalidad sancionada por el Decreto N° 492 de 1995 emitido el 22/09/95 y publicado en el B.O. el 26/09/95. Dicho Decreto respondió a presiones sindicales vinculadas a obtener compensaciones por la política de reducción de los aportes patronales. Su principal objetivo fue poner en marcha un mecanismo que condujera a la definición de las prestaciones básicas que cada Obra Social debía brindar a sus beneficiarios y asegurar una base mínima de recursos que colocara a todas las entidades en condiciones de otorgarlas; en caso contrario, los beneficiarios de la Obra Social que no pudiera implementar el Programa, podrían solicitar las prestaciones a otra entidad, obligada a satisfacerlas, con cargo a la entidad de origen del beneficiario.

El Decreto también estableció la designación, por parte del Ministerio de Salud y Acción Social y la CGT, de una comisión encargada de establecer las prestaciones que conformarían el Programa Médico Obligatorio y de dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución.

En los casos en que el cumplimiento del Programa resultara afectado por diversas causas, las Obras Sociales que no estuvieran en condiciones de financiarlo debían proponer a la Administración del Seguro de Salud (ANSSAL)

su fusión con otra u otras organizaciones; si así no lo hicieran, dicho organismo estatal estaría facultado a disponer la fusión obligatoria.

Las Obras Sociales con recursos insuficientes recibirían financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución, subsidio que se relacionaba con el ingreso promedio per cápita de la Obra Social y no con los aportes individuales de los beneficiarios titulares, como proponía el Banco Mundial.

En resumen, los reformadores de los años '90 persiguieron objetivos vinculados a ordenar el sistema para hacer más eficiente la utilización de los recursos existentes; conservar los rasgos solidarios que permitirían la conformación de fondos de enfermedad con un adecuado pool de riesgo; garantizar una cobertura mínima a la totalidad de la población y promover la competencia entre aseguradoras por la captación de la demanda de cobertura y entre proveedores por los contratos de provisión de servicios. Estos objetivos no se alcanzaron, y se profundizaron las diferencias en la accesibilidad y en la calidad de la atención, dejando a una amplia franja de la población sin oportunidades para lograr plenamente su potencial en salud.

También se formuló el Proyecto PARSOS 2, en julio de 1998, tendiente a sentar las bases de acuerdo para una segunda etapa de Reforma de los Seguros de Salud en el país, que no llegó a concretarse.

Durante el gobierno de Carlos Menem, las disposiciones gubernamentales destinadas a proporcionar un marco jurídico a la reforma se sancionaron a través de decretos aprobados por la Suprema Corte de Justicia. El debate sobre la reforma sectorial llegó al Parlamento recién en 1997, con la discusión de los proyectos destinados a regular las instituciones de Medicina Prepaga.

Como consecuencia de estas políticas reformadoras tendientes a la descentralización hospitalaria, a lo largo de los años '90 se producen, simultáneamente, tres fenómenos, a saber:

- La transferencia de los últimos Hospitales Públicos Nacionales a las Provincias, configurando una descentralización de alcances meramente administrativos.
- La reconfiguración de Sistemas Provinciales de Salud, con experiencias de centralización a nivel provincial y de descentralización hacia los municipios, conformando un conjunto de situaciones provinciales heterogéneas.
- La puesta en marcha de cierta descentralización microeconómica a nivel de los hospitales, bajo la figura del Hospital de Autogestión.

Sin embargo, estas políticas de transferencia de servicios de salud desde la jurisdicción nacional a la provincial no han sido exclusivas de la década del '90.

En los años '50 se llevaron adelante de manera parcial. Posteriormente, constituyeron políticas adoptadas durante la última dictadura militar de 1976; época en la que se transfirieron 65 hospitales. A partir de los años '90 se retoma esta política descentralizadora con la transferencia de 20 establecimientos hospitalarios, algunos institutos dedicados a funciones específicas y programas sociales.

El proceso de descentralización desde la Nación hacia las Provincias no se completó, salvo excepciones, con una transferencia desde éstas a los municipios. En varios casos se tendió a generar sistemas provinciales con alto nivel de centralización, aunque con resultados disímiles en las distintas realidades provinciales.

Estas políticas pusieron en marcha un contradictorio proceso de reformas que implicó la descentralización hospitalaria en términos de la gestión administrativa y financiera; la reducción del presupuesto y el traspaso de la órbita nacional a la municipal sin la correspondiente partida de gastos; cierres y desmantelamiento de servicios, distintas modalidades de privatización; congelamiento de vacantes y cesantías masivas; fuertes reducciones en las remuneraciones; pago en bonos; precarización en las modalidades de contratos; vulnerabilidad de la carrera hospitalaria; diferentes propuestas de arancelamiento, así como de Seguros de Salud para sectores sin cobertura.

La década del '90 no sólo se caracterizó por la implantación de políticas de ajuste, sino que también lo hizo por el desarrollo de acciones independientes o coordinadas en relación a objetivos específicos de salud y como respuesta a lo que entonces se denominó: *“ataque neoliberal”*. Las demandas se centraron en aumentos salariales y condiciones de trabajo y las modalidades fueron paros, marchas y *“sentadas”* de protesta.

En 1995 este proceso de lucha se intensificó para resistir a una profundización de medidas de recorte presupuestario, a las cesantías masivas y a la aplicación de los *“Hospitales de Autogestión”* con las modalidades de paros y marchas, concentraciones y *“abrazos”* en distintos hospitales.

1.5 RELACIONES DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO CON LAS POLÍTICAS DE DESCENTRALIZACIÓN Y LOS HOSPITALES DE AUTOGESTIÓN.

El objetivo enunciado para implementar la política de autogestión fue la reconversión del Hospital Público, introduciendo un nuevo concepto en la

Organización Hospitalaria: la apertura de sus puertas hacia la comunidad a través de Áreas Programáticas (zonas geográficas determinadas epidemiológicamente), transformando la práctica médica biológica e individual en un ejercicio de la Profesión Médica que se ocupe de promover y desarrollar condiciones de salud y que aborde la problemática social, cercana a los problemas de salud-enfermedad; sólo como ejemplo cabe mencionar que el acceso al agua potable de una sociedad, está considerado como el factor más influyente sobre la esperanza de vida, y por ende no puede estar separado del análisis de quién tenga a cargo la salud de una determinada región o grupo poblacional.

Al desarrollar las Áreas Programáticas y privilegiar las estrategias de Atención Primaria se aumenta la extensión de la cobertura, con un máximo de eficiencia, equidad, calidad y mejora de la accesibilidad. La salud es debida a cuatro concretos determinantes que además han sido cuantificados en su aportación y gasto y ponderados, y que son los siguientes:

- Herencia
- Medio ambiente
- Estilo de vida y
- Sistema sanitario.

De acuerdo al informe de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) citada por Miguel Ángel Asenjo (Asenjo M., España, 2002:22) *“la herencia aporta un 27% a la salud colectiva, mientras que consume el 6,9% del presupuesto sanitario; el entorno o medio ambiente aporta el 19% y consume el 1,6% del presupuesto; el estilo de vida contribuye con el 43% a la salud y a él se dedica el 1,5% del gasto sanitario y, finalmente, el sistema sanitario que solamente*

proporciona el 11% restante de salud, consume nada menos que el 90% del gasto sanitario. De este último 90% más del 50% se asigna a la asistencia hospitalaria que, aproximadamente realiza una atención por individuo y por año, mientras que la atención primaria o extra-hospitalaria realiza 11 atenciones por individuo y por año y su consumo no llega al 20% del gasto sanitario". Esta estrategia propone una dimensión colectiva, epidemiológica y preventivista, muy opuesta a la del Modelo Médico Hegemónico que limita su visión al proceso salud-enfermedad.

También promueve la participación de los beneficiarios del servicio de salud y de la comunidad toda en la toma de decisiones, lo cual supone un cambio de paradigma muy importante ya que implica el compromiso de los ciudadanos y la empatía de los agentes de salud hacia la población a cargo. Un Hospital es un lugar de máxima interacción humana, y de máxima manifestación emotiva personal. Es un centro asistencial, una escuela y un hotel. En él confluyen cuatro grupos humanos que son claves para la gestión: los enfermos, que además son votantes y contribuyentes, para los que el fundamental interés es la calidad extrínseca o aparente, no les gusta esperar, desean ser informados, tratados amablemente y ser partícipes de la decisión terapéutica y por ende de su curación. Los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos, que están interesados sobretodo en la calidad científica y técnica y por ende desean disponer de todo tipo de medios tecnológicos, sin que les importe, por lo menos hasta ahora, su costo, efectividad y rendimiento. El tercer grupo son los gestores, administrativos y directivos, los que buscan ante todo eficiencia. Que se utilicen los aparatos adquiridos y no pierdan el tiempo las personas contratadas. Y por último el cuarto grupo hospitalario en el caso del Hospital

Público son los políticos, que buscan la satisfacción del usuario y de los contribuyentes. Objetivos difíciles de conciliar.

“Las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio del Hospital son las que toman los médicos y las enfermeras en el acto asistencial. Dichas decisiones, sin intervención jerárquica inmediata, suponen, particularmente en el hospital público, una compra en un mercado prácticamente ilimitado con crecimiento exponencial, en el que el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga, que es el contribuyente, el cual no participa ni en la decisión de comprar ni en su consumo. En consecuencia, los médicos y también las enfermeras son los auténticos gestores de los servicios prestados por el hospital, tanto en su efectividad-mejora de la salud, como en su eficiencia-al menor costo. Persuadir de que su ética y motivación sea favorable al enfermo y al hospital es una de las tareas fundamentales de la gestión hospitalaria”. (Asenjo, España, 2002:27). Por eso es que la Descentralización y la Autogestión Hospitalaria remarcan la importancia de fomentar el compromiso, la capacitación y la participación del personal, aportando iniciativas individuales para la solución de los problemas e incrementando la productividad y la eficiencia de los servicios a través de las personas.

Las políticas de Descentralización y de Autogestión Hospitalaria buscan un cambio institucional integrado y dirigido a modificar la estructura y fundamentalmente la cultura organizacional, que suele estar influenciada por la historia de la institución y de las prestaciones médicas en general. Pretende además romper con el carácter tecnocrático del modelo médico hegemónico que establece relaciones autoritarias y asimétricas en el vínculo médico-paciente y que ha perdido su consideración de servicio para tornarse progresivamente en una actividad lucrativa más.

CAPÍTULO II

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

2.1 LA ESTRATEGIA DE AUTOGESTIÓN.

En la década del '90, existía consenso sobre la imprescindibilidad de una reforma del Sistema de Salud Argentino; el Estado y la Sociedad atravesaron intensos procesos de transformación de los que no quedó exento el Sistema de Salud, dado que *“la salud constituye una de las más importantes dimensiones del capital humano y el sistema es parte importante de su mantenimiento. Tanto el crecimiento económico como el bienestar social y la consolidación democrática están asociados a la salud”* (González García, Tobar, 1999, p. 25).

Durante dicha década, los fuertes vínculos de otrora entre el Estado y la Sociedad se fueron debilitando; parte del poder del Estado y los partidos políticos fueron fagocitados tanto hacia arriba, producto de la transnacionalización y los nuevos espacios supranacionales, como también hacia abajo, como consecuencia del mayor crecimiento de las sociedades y de sus ciudadanos y la aparición de nuevos agrupamientos sociales. Políticas tales como la privatización de servicios, la descentralización, la disminución del gasto público, el achicamiento del Estado que provocó el alejamiento de sus funciones primordiales, etc., ampliaron la brecha que separa a ricos y pobres aumentando la pobreza y la marginalidad social, fenómenos que guardan relación con problemas reales como la falta de agua potable y saneamiento, de una vivienda adecuada, de educación y alimentación; y, en el sector de la salud, provocaron el aumento de las desigualdades en el acceso a los servicios

de salud. En este sentido, se ve claramente que la presencia del Estado es necesaria e indispensable dado que el Sistema de Salud, por sí sólo, no alcanza para resolver los problemas de equidad anteriormente mencionados.

“Las causas del aumento de las inequidades está relacionada con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobre, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades” (...) “La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado” (González García; Tobar, 1999, p. 78 y 79).

Si consideramos a la enfermedad como la expresión más dolorosa de las desigualdades sociales, buscar y conseguir la equidad en salud constituye un punto fundamental porque los excluidos de la producción y el consumo, son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado. Los roles del Estado se redefinen cada vez que se institucionaliza una estrategia, un modelo de atención; en decir, cuando nuevas formas de organización son legalizadas y legitimadas.

Las políticas de reformas estructurales implementadas en la década del '90 en la Argentina se basaron en un discurso eficientista, el cual las promovía como la entrada al primer mundo, ellas nos conducirían por el camino de la competitividad y la estabilidad.

Una de las estrategias propuestas por los promotores de las reformas fue la descentralización en el sector de la salud, y dentro de ella la descentralización hospitalaria, a partir de la cual se comenzó a hablar del *“hospital moderno”* como un *“hospital empresa”*; además fueron consideradas como los mejores

instrumentos para lograr, primero, la meta de *“salud para todos en el menor tiempo posible”*, y segundo, la conformación de un Sistema local de Salud equitativo, eficiente y eficaz, en tanto la equidad supone una distribución igualitaria de las actividades de salud; la eficiencia en el uso de los recursos de salud se alcanza optimizando el nivel de impacto que se logre sobre la población, al solucionar en forma concreta los problemas locales de salud. A su vez, la descentralización mejora el nivel de eficiencia desde el punto de vista administrativo, al permitir a los funcionarios desagregar y ajustar los programas y planes de desarrollo a las necesidades de regiones o grupos heterogéneos; por último, la eficiencia estaría asegurada en la medida en que la descentralización mejore la accesibilidad a los servicios, ubique las actividades de salud y sus efectores cerca de la gente y mejore la utilización de los mismos.

De la implementación de esta estrategia se esperaba que permitiera *“mejorar la eficiencia, el impacto y la accesibilidad de los servicios a toda la población, de acuerdo a las necesidades sanitarias, acompañando al proceso de valorización de la estrategia de Atención Primaria y universalización de la cobertura de los servicios de salud”* (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996: 13). En ese momento se consideró a esta estrategia/instrumento como parte de un proceso que contribuiría a la *“modernización”* del Estado, y además, contendría características potenciales susceptibles de afectar simultáneamente a los tres aspectos de la reforma institucional, a saber: mejorar la productividad de los servicios; remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y el control; y redistribuir los recursos estatales al fortalecer la capacidad de presión social sobre el Sector Público de la Salud.

Según el discurso avalador de los cambios, dicho proceso de descentralización no podía ser una mera respuesta a la crisis, especialmente a la económica, ya que en los períodos de crisis la estrategia conveniente sería la contraria, esto es, centralizar diversas respuestas. Tampoco constituiría, la descentralización, una transferencia de los problemas no resueltos por el nivel central debido a que también se descentralizaría la posibilidad de soluciones. Mucho menos aún, esta estrategia implicaría el “*desentendimiento*” de las obligaciones del Estado en materia de Salud Pública. Hoy podemos dar cuenta de lo alejado que estuvo este discurso de lo que efectivamente se llevó a cabo.

La provisión y organización de Servicios de Salud en forma descentralizada debía abarcar actividades más amplias que las de atención médica curativa, incorporando otras de carácter preventivo, tales como: el fomento de una nutrición apropiada, el abastecimiento de suficiente agua potable, saneamiento ambiental básico, asistencia materno-infantil, inmunizaciones, tratamiento de las patologías y prevención de sus factores de riesgo. De esta manera, la descentralización debía permitir que los Servicios de Salud se organicen de un modo que les permita identificar las necesidades de salud de los usuarios a nivel individual, en la familia, en el colectivo de trabajo y en la comunidad, facilitando la utilización de los recursos locales para ayudar a satisfacer tales necesidades. En este sentido, el proceso de descentralización debía ser “*lo suficientemente flexible como para tener en cuenta la heterogeneidad de las formas de gobierno, de organización jurídico-administrativa y de cultura; como también, las variables particulares del campo de la salud, tales como los recursos humanos, materiales y técnicos del sector, las prioridades epidemiológicas y el grado de la*

organización sanitaria de cada provincia o jurisdicción” (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996:16).

En síntesis, en teoría, la estrategia de la descentralización aumentaría la capacidad de resolver los problemas de una manera eficiente, al acercar, al lugar donde se presentan, la toma de decisiones sobre el uso de los recursos; brindaría a la comunidad y a los individuos la capacidad de decidir, pasando a ser sujetos de la preservación de su salud; permitiría la extensión de la cobertura, con equidad y eficiencia; lograría una mayor eficiencia técnica y social de los servicios; mejoraría la organización del Sistema de Servicios de Salud y la prestación de dichos servicios; promovería un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas actuales; a la vez que facilitaría la toma de decisiones para dar rápida respuesta a los requerimientos de la demanda, a la incorporación incesante de tecnología, a la necesidad de información y evaluación y a la integración del hospital como organismo de referencia en una red de servicios.

Para los impulsores de la reforma, la descentralización respondería a las necesidades de redistribución del poder político y económico, garantizando, de esta manera, el predominio de intereses locales en la decisión pública. *“La descentralización sólo se realiza con autonomía local sobre recursos y con nuevas prácticas democráticas”*. Es vista, entonces, como un valor democrático y como la forma de reordenar las relaciones político-sociales. *“Se cree que la transferencia de poder del centro a la periferia produce un nuevo equilibrio social, donde nuevos intereses y recursos estarán disponibles”* (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996:19).

Para profundizar esta estrategia que, favoreció el descentendimiento estatal de una de sus principales funciones como es la protección, la promoción, la recuperación y el cuidado permanente de la salud de la población, se llevó adelante la puesta en marcha de otra estrategia, la del Hospital Público de Autogestión a través del decreto N° 578/93 que establece un marco normativo como punto de partida para su implementación, invitando a los estados provinciales a adherirse a dicha propuesta con el objetivo de unificar esfuerzos financieros e institucionales en una política común que dé respuesta a los problemas estructurales del Sistema Asistencial Nacional.

2.2 EL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN.

La situación de creciente demanda de Servicios Sociales frente a una asignación más ajustada del gasto estatal, impuso la necesidad de replantear los modelos vigentes hasta ese momento, introduciendo los conceptos de eficacia y eficiencia a fin de asegurar la mayor equidad posible en su gestión, es decir que, mientras los Hospitales Públicos presentaban un fuerte deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión, la demanda de sus servicios por parte de la población no dejaba de aumentar. Estas realidades condujeron a la propuesta y al concepto de Hospital Público de Autogestión, considerada, desde un punto de vista político-institucional, como el instrumento técnico capaz de poner en marcha la reforma necesaria para los establecimientos hospitalarios. Uno de los aspectos más notorios de este proceso descentralizador, que en nuestro país fue denominado “autogestión”, *“es que el mismo se centra en la estrategia de la delegación de autonomía de gestión a los establecimientos, más que en la consolidación de los poderes locales”*

(González García; Tobar, 1999, p.146). Es decir que se trata de una “*gestión delegada*” que en ningún caso supone la posibilidad de una “*autofinanciación*”.

A través de esta figura, los hospitales quedan autorizados a facturar a las Obras Sociales los servicios prestados a la población que cuenta con cobertura del Seguro Social. Esta recuperación de costos a través de la facturación a las Obras Sociales constituye un punto positivo para el funcionamiento del Hospital ya que diversifica las fuentes y hasta puede aumentar la eficiencia en la recaudación. Pero también es un punto de conflicto dado que no todas las Obras Sociales están dispuestas a pagarle al Hospital por los servicios que éste presta a sus beneficiarios. En este sentido es que se habla del “*subsidio*” a las Obras Sociales porque el hospital presta servicios a sus beneficiarios (que es una obligación de la Institución) sin retorno financiero (subsidio encubierto).

Para algunos autores, como González García y Tobar, la posibilidad de cobro no involucra, automáticamente, ningún incentivo a la calidad y la productividad. Contrariamente, también se dieron casos en los que esta posibilidad de cobro estimuló la sobre prestación como medio de incrementar la facturación.

Teniendo en cuenta la variedad de actividades que el Hospital Público desarrolla (brinda asistencia a la clase indigente no protegida, subsidia a las Obras Sociales, atiende la creciente demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídos por el prestigio del personal médico de la Institución en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento, cubre lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo a los aseguradores, a la vez que ejerce funciones de escuela médica y asegura el progreso científico) y los distintos perfiles de usuarios que recurren al mismo, se puede afirmar que, en

términos económicos, existe una transferencia de recursos desde el sector público hacia el privado; esto implica un subsidio implícito al sector privado (principalmente a las Obras Sociales) por parte del Estado.

Con la supuesta intención de eliminar estos desvíos de recursos, el Poder Ejecutivo Nacional sancionó el 01 de abril de 1993 el Decreto N° 578, publicado en el Boletín Oficial el 07 de abril de 1993, que establecía la necesidad de diseñar un Sistema de Atención Médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia optimizando los recursos disponibles. Para lograr este objetivo, era fundamental definir el rol del Hospital Público dentro del Sistema, de manera que, a través de su mejor gestión, cumpla con las funciones de promoción, asistencia, prevención, docencia e investigación que le son propias.

A su vez, era imprescindible hacer hincapié en la promoción y el desarrollo de estrategia de promoción primaria, como componente fundamental de extensión de la cobertura y de la accesibilidad al Sistema.

Para esto, había que establecer mecanismos que permitan la financiación y transformación del Hospital Público; y, en este sentido, se crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión. Las distintas jurisdicciones (Nacional, Provincial y/o Municipal) podían inscribir en dicho Registro a todos los Hospitales de su dependencia que cumplan con el decreto anteriormente nombrado.

El Hospital Público de Autogestión continuaría brindando Atención Médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población, teniendo como prioridad a los pacientes carentes de recursos, a los que debería asistir en forma gratuita en todos los servicios. De acuerdo con su producción, rendimiento y tipo de población a la que asista, el Hospital seguiría recibiendo

los aportes presupuestarios asignados por la jurisdicción correspondiente para su habitual funcionamiento, lo cual permitiría, progresivamente, reemplazar el *“subsidio o financiamiento a la oferta”* por el *“subsidio o financiamiento a la demanda”*; esto significa que *“el dinero siga al paciente en lugar de al médico o a la cama hospitalaria. Es decir, que se pague por lo que el paciente elige y no que se deba elegir porque está pagado”* (González García y Tobar, 1999: 90). A propósito del tema *“presupuesto”*, para los ideólogos de la reforma, era importante establecer medidas concretas que apunten efectivamente a optimizar los recursos, dado que, para ellos, los problemas de presupuesto de los Hospitales Públicos no pasaban tanto por las cantidades globales disponibles, como por su distribución y utilización. A estos recursos se suman los provenientes de pagos que los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Obras Sociales) están obligados a pagar por las prestaciones que sus beneficiarios demanden al Hospital, y dicho pago debía efectuarse dentro de los 30 días corridos de presentada la liquidación mensual, del 1 al 5 del mes siguiente a la prestación. De no ser así, el Hospital podía reclamar el pago a la ANSSAL, quien automáticamente debitaría lo facturado de la cuenta de la Obra Social correspondiente. (Decreto 939/00 del PEN del 19/10/2000, publicado en el B.O. el 24/10/2000 y que deroga al Decreto 578/93).

Estos ingresos percibidos por el Hospital, serían administrados directamente por él mismo. A la autoridad sanitaria jurisdiccional le correspondía establecer el porcentaje que debía distribuirse entre, por un lado, el fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud prioritaria; por otro lado, el fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital administrado por las autoridades

de la institución; y, por último, el fondo para distribución mensual entre todo el personal del Hospital, sin distinción de categorías ni funciones, en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia de la institución.

Este proceso de transformación del “Hospital Público” al “Hospital Público de Autogestión”, que conduciría a un Sistema de Atención Médica más equitativo y eficaz, requería de un cambio cultural basado en la consideración de la salud como un bien de naturaleza “casi pública”. Dado que el mantenimiento y restablecimiento de la salud requiere de una instancia colectiva de preservación y aumento del bienestar de la sociedad, es el Estado quien la asume, quedando, las acciones relacionadas con la salud, comprendidas dentro de las funciones de preferencia del Estado. De esta manera, el derecho de la población a la salud constituye una obligación del Estado.

Si bien, las funciones que el Estado asume están relacionadas con la búsqueda de legitimación del gobierno y con la regulación económica, su intervención en el sector de la salud se concreta a través de:

Su actuación como consejero: Esta forma de acción conduce al Estado a incentivar prácticas preventivas, regular el medio ambiente y generar conductas y estilos de vida saludables. La función del Estado de informar *“supone producir bases de información adecuadas poniendo el acento en los resultados objetivos del proceso de atención médica, de los servicios y de las políticas”* (González García; Tobar, 1999: 85). Esto no sólo conduce a un aumento de la transparencia sino que también permite mejorar la gestión y aumentar el impacto de las acciones sobre la salud y el compromiso de los ciudadanos con el Sistema. Además, un Estado que ejerce esta función, obtiene mejores

resultados a menor costo. De esta manera, el Estado busca aumentar las bases de la gobernabilidad sin perjudicar los segmentos del mercado que permiten la expansión de la actividad privada.

- Su actuación como proveedor: Los gobiernos pueden brindar servicios públicos de dos formas: de manera exclusiva (no existen servicios privados) o parcial (los servicios públicos se complementan con los del mercado o con los de la seguridad social). *“Gran parte de las propuestas de reformas sectorial se apoyan en la premisa de separar las funciones de proveedor y financiador. Hasta hace muy poco las medidas recomendadas apuntaban a preservar el rol financiador del Estado, pero reduciendo su rol proveedor. Luego se contempló la posibilidad de invertir la relación, manteniendo la provisión pública pero con una recuperación de costos a través del financiamiento privado o de las entidades de seguro social”* (González García; Tobar, 1999: 87).

- El Estado también puede intervenir como financiador: Ejerciendo esta función el Estado decide cuanto y como obtener recursos para ser destinados a salud. La financiación pública se convirtió en una constante en casi todo los países, siendo más importante en aquellos cuyos ciudadanos tienen mayor capacidad de pago, dado que la financiación de la salud se torna más solidaria y colectiva. Las reformas de los Sistemas de Salud han tendido a modificar su financiamiento. Argentina se caracterizó por la financiación proveniente de aportes y contribuciones basados en el trabajo, es decir, a través del mecanismo del Seguro Social, lo cual aumentaba en la medida que la cobertura se expandía. La década del '90 terminó con este funcionamiento y, a través de la desregulación del mercado de trabajo y la flexibilización laboral, provocó un aumento sin precedentes de las tasas de desempleo, así como

también la destrucción de numerosas fuentes de trabajo y el consecuente aumento de puestos de trabajo precarizados que conllevó la elevación de los niveles de subempleo. Como consecuencia de estos cambios se registró menos gente con trabajo y, por lo tanto, con una mínima o nula capacidad de contribuir al Sistema. Esto implicó una disminución de la capacidad de recaudación para financiar el sector de la salud; lo que a su vez, provocó la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento. Y, de esta búsqueda se desprenden las políticas lanzadas por el Ejecutivo Nacional de privatización de servicios, descentralización hospitalaria y brindar al Hospital Público la posibilidad de obtener sus propios recursos a partir de la sanción del Decreto 578/93 y la inclusión de los Hospitales Públicos al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión.

- También puede intervenir como comprador: El ejercicio de esta función lleva al Estado a decidir cómo, en qué y en quiénes gastar los recursos obtenidos para salud. En países como el nuestro, donde el sector de la salud tiene una financiación pública, la tendencia es integrar todos los recursos disponibles en un fondo único de salud, que tiene como fin aumentar la capacidad de compra y flexibilizar la reasignación de los recursos permitiendo la búsqueda de las alternativas más efectivas.

- Otra manera que tiene el Estado de intervenir en salud es como regulador: Este es el rol que, para los promotores de la reforma sectorial en Argentina, el Estado debe reservarse. Desde este punto de vista, que el Estado cumpla la función de regulación del Sistema de Salud, “no necesariamente debe traducirse en la prestación directa de servicios sanitarios, pero sí implica la obligación de establecer modalidades alternativas de intervención en el

mercado que contribuyen a garantizar un acceso más equitativo de la población a los servicios de salud, lo que conlleva un componente redistributivo del ingreso” (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996: 57).

El hecho que el Estado asuma la función de regulador significa que se admite que la oferta y la demanda de servicios sanitarios puede no estar reflejando las verdaderas necesidades de salud de la población. En este sentido, la regulación por parte del Estado queda justificada por el hecho de que *“la mano invisible del mercado no asigna los recursos de la manera adecuada para resolver los problemas de salud de la población”* (González García; Tobar, 1999:92). Teniendo esto en cuenta es que, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se dijo que con la política de autogestión se pretendía convertir al Hospital Público de Autogestión en protagonista de la intervención del Estado en el mercado del sector, como instrumento de reconstrucción de la equidad en la distribución social de los servicios de salud y como regulador de los precios de los mismos.

Lo expuesto deja claramente visible lo alejado que estaba el discurso reformador de lo que efectivamente se llevó a cabo, esto es, la implementación de políticas *“orientadas al mercado”* tales como la privatización, la desregulación, la descentralización, etc. que colocaron al mercado en una posición de privilegio, considerándolo como el instrumento más moderno y eficaz para la asignación de los recursos.

2.3 LA DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CÓRDOBA.

Si bien las políticas de descentralización han formado parte de los discursos sanitarios oficiales en Córdoba a partir de la década del '70, la Reforma de la Constitución Provincial de 1987, otorga a la descentralización de los Servicios de Salud un “*paraguas*” normativo. De dicho marco formaban parte el Decreto 1174/88 (Políticas Generales y Pautas Normativas para los programas de descentralización de la Provincia) y la ley de Reforma Administrativa 7850/89.

En este marco legal, la Provincia elaboró un crudo diagnóstico de la situación sanitaria provincial al momento de iniciarse el proceso y así define el tipo de efectores a considerarse como “*descentralizables*”. Se inicia entonces el avance del traspaso a nivel municipal de todos los efectores calificados como de baja complejidad, guardándose para sí los de complejidad media y alta.

Dentro del proceso de descentralización se observan “*etapas claramente diferenciadas: una de tipo “gradualista” (período 1988-julio 1995) en donde lo que primó fue la búsqueda de consenso entre los actores involucrados y otra de “shock” (julio 1996-1999) en la que primó la urgencia y compulsividad en la transferencia de los efectores de salud. Además existiría una tercera etapa (1999-2005) durante la cual, a pesar de la inexistencia de efectores a transferir, el objetivo sería consolidar lo hecho mediante la coordinación e integración de los efectores “municipalizados” en el marco de un nuevo “modelo” de salud provincial*” (Ase, 2006).

Es en la “*etapa gradualista*” en la que se firman convenios entre la Provincia y los Municipios con los que se lograba consensuar, en los que se establecía que la Provincia cedía al Municipio o Comuna los bienes muebles e inmuebles afectados al efector descentralizado, pero el recurso humano seguía perteneciendo a la jurisdicción provincial. Y en la medida que se produjeran vacantes, iría ocupándolas con personal municipal. Para cumplir con estos

objetivos, el financiamiento se garantizaría mediante la afectación del 12,5% del monto global de coparticipación, con el que se conformaría el Fondo de Financiamiento de la Descentralización (F.O.F.I.N.D.E.).

Es así que aparecieron importantes dificultades de implementación: *“la imposibilidad de los municipios para nombrar personal propio, falta de determinación de costos de los servicios transferidos, insuficiencia de fondos transferidos, incumplimiento por parte de las autoridades de Zona Sanitaria de las funciones asignadas, incompreensión por parte de las autoridades locales del perfil que debe tener un efector local de baja complejidad (muchos Intendentes decidieron invertir recursos en aparatología o en habilitar salas de internación en los efectores recibidos), ineficiencia en el uso de recursos financieros al perder “escala” en la adquisición de insumos y la doble dependencia del recurso humano”* (Ahumada, 1993). A pesar de estos inconvenientes el gobierno provincial logró acuerdos con el 24% de los efectores *“descentralizables”*. Este *“modelo cordobés”* de reforma apuntaba a mejorar la gestión del Estado pero sin afectar de manera profunda las bases del sistema *“bienestarista”* provincial, tal como lo definió el Gobernador Eduardo Angeloz en *“La Reforma Democrática en el Estado Provincial”*. Sin duda este manejo político de la Reforma favoreció la estabilización de un complejo entramado de poder territorial de tipo paternalista por parte del Gobierno Provincial.

A finales de 1994 e inicios de 1995, la crisis financiera internacional desatada por la devaluación mejicana (*“efecto tequila”*) favoreció el hecho de que la ilusión de una *“isla cordobesa”* terminara estallando en un mar de escasez de recursos, y llevó a impulsar un programa de ajuste y reforma del Estado Provincial, comenzando así la etapa de *“shock”*. Bajo una modalidad de

descentralización masiva (a todos los Municipios y Comunas), acelerada (en alrededor de seis meses) y forzosa (presión financiera y amenaza de cierre de servicios) se transfiere el efector y su personal con carácter definitivo. En 1996 la Provincia había transferido la totalidad de los efectores descentralizables. Es así como la provincia municipaliza 526 efectores en 6 meses, en especial aquellos correspondientes al primer nivel de atención, el cual, según el gobierno, debía pasar a ser responsabilidad exclusiva de los gobiernos locales. La provincia se comprometía a garantizar el segundo y tercer nivel de complejidad.

“Es importante destacar que el proceso de descentralización impulsado al ritmo de las urgencias fiscales y en el marco de un clima francamente hostil entre los actores involucrados, no le permitió al gobierno generar los mecanismos mínimos de cooperación entre los actores. Tampoco pudo avanzar sobre la instrumentación de políticas que permitieran fomentar el desarrollo de capacidades de gestión en los Municipios que se hacían cargo, de forma novedosa para ellos, de la prestación de un servicio de suma complejidad.” (Ase, 2006).

La gestión de gobierno que comenzó en 1999, a pesar de haberse comprometido fuertemente en campaña electoral a revertir el conjunto de las políticas de reforma sectorial impulsadas por el anterior gobernador, decidió considerarlo como un *“hecho consumado”* de imposible reversión. El Ministerio de Gobierno lanzó en el año 2000 el *“Plan de Salud Municipal”* en el marco de la recién creada Mesa Provincia-Municipio y se comprometió a asumir un rol más activo en el proceso descentralizador, en cuanto se lo considera co-responsable de los servicios de salud que brindan los Municipios y Comunas.

El acuerdo quedó plasmado en el Decreto Provincial N°2640 del 15 de diciembre de 2000, publicado en el B.O. el 21/08/2002.

A partir de debates y acuerdos en la Mesa de Trabajo Provincia-Municipios el 22 de diciembre de 2004 la Legislatura de Córdoba sancionó La Ley Orgánica de Regionalización Provincial N° 9.206, publicada en el B.O. el 04/02/2005 y reglamentada por el Decreto N° 607/05, publicado en el B.O. el 07/09/2005.

Con el desarrollo como fin, la Ley N° 9.206 supuso dos innovaciones trascendentes:

- La creación de 26 nuevas regiones a razón de una por cada departamento existente.
- El reconocimiento de sendas comunidades regionales integradas por los municipios y comunas de cada nueva región y gobernadas por sus Intendentes municipales y Presidentes comunales.

“Desde nuestro punto de vista, se trata de un proceso que, sobre la base del respeto a las autonomías locales, fomenta el asociativismo intermunicipal, con el propósito de ampliar las competencias y recursos de los Municipios y Comunas, viéndolas y considerándolas como gestores asociados de un desarrollo regional que sostenga los desarrollos locales de cada uno de ellos. (.....). Entendemos, pues, que, en el “Caso Cordobés”, estamos en presencia de la configuración de un triángulo virtuoso: “una regionalización que busca el desarrollo provincial a través del municipalismo”. Se trata de una estrategia que rescata lo mejor de nuestro régimen local, las autonomías, para superar las dificultades de la centralización provincial y de la falta de escala poblacional de nuestros municipios y comunas”. (Graglia; Riorda, 2006: p.13).

A pedido del Ministerio de Gobierno de la Provincia y en cooperación con la Fundación Konrad Adenauer (KAS), el Instituto de Ciencias de la

Administración (ICDA) de la UCC y la Facultad de Ciencias Políticas de la UCC decidieron constituir sendos equipos de trabajo en el marco del Programa de Fortalecimiento Institucional de Municipios (PROFIM) de la UCC, con dos propósitos:

- a) Elaborar un Indicador de Desarrollo Regional.
- b) Identificar las Prioridades Regionales.

El trabajo de análisis, elaboración de consensos y arribo a conclusiones, fue excelente y se encuentra para su lectura en el libro: “Desarrollo, Municipalismo y Regionalización: un triángulo virtuoso. El caso Córdoba” que coordinó Emilio Graglia y Mario Riorda y que Editó la Editorial de la UCC en 2006. Dado el tema que hace a la elaboración de este trabajo me voy a limitar a destacar sólo lo que se refiere al análisis de las autonomías locales.

A partir de la decisión política, se han integrado 364 Municipios y Comunas en la Provincia (es decir el 85% del total provincial) en 23 Comunidades Regionales, y acordaron prioridades de gestión regional y un Indicador de Desarrollo Regional.

La Constitución Provincial asegura a Municipios y Comunas, en los art. 181, 182, 183 y 184, autonomía política. En el artículo 186 (incisos 4, 5, 6, y 10) le asegura autonomía administrativa, otorgándole amplias competencias materiales. La Constitución Provincial también asegura la autonomía económica y financiera (inciso 3 del artículo 186).

En el artículo 188 habla de la competencia territorial y dice que le comprende a cada municipio la *zona a beneficiarse con los servicios municipales*. A consecuencia de ello, en la Provincia de Córdoba, los límites de un municipio no colindan forzosamente con otros municipios vecinos, esto conlleva a que

casi el 90% del territorio provincial está “fuera” de los radios donde se prestan servicios municipales o comunales, son la llamadas “zonas grises”. La generalidad de los gobiernos locales cordobeses son pequeños territorialmente. Desde el punto de vista de Emilio Graglia, muchos municipios pequeños aseguran inmediatez en lo local pero dificultan la gestión del desarrollo regional y sin éste el desarrollo local es insostenible, de allí la importancia que adquiere la Ley Orgánica de Regionalización Provincial.

Considerando que la Autonomía Municipal es tema central de este trabajo, me voy a permitir transcribir algunas líneas de un artículo escrito por un Profesor de Derecho Constitucional de destacada trayectoria en nuestro medio, como es el Dr. Antonio M. Hernández quién no acuerda con este criterio, sólo para dejar sentada la diferencia de opiniones que esta ley genera y sin emitir opinión personal al respecto ya que no me considero capacitada para ello.

“Nuestro régimen municipal es uno de los más adelantados no sólo en Argentina sino en el derecho comparado y fue el resultado de una notable evolución que tuvo hitos importantes en las Convenciones Constituyentes de 1870, 1883, 1923 y 1987. Particularmente en esta última quedó configurado el Municipio para el siglo 21, con una autonomía vigorosa en sus distintos aspectos: institucional, político, económico, financiero y administrativo, con amplias formas de participación ciudadana, -para que sea base de la democracia y el federalismo- y con competencias suficientes para alcanzar el bien común de las respectivas sociedades locales, en el marco del mundo globalizado y de regionalismo abierto en que nos encontramos. (...). En general se advierte que esta ley (en referencia a la Ley N°9206) no guarda coherencia con nuestra legislación municipal básica, pues no se adecua a los principios de la Constitución Provincial, que establece claramente la autonomía municipal, otra clase de regionalización y que en modo alguno autoriza ni la instauración de un nuevo nivel

de gobierno entre los gobiernos locales y el provincial, ni la delegación de funciones que se establece a favor de las Comunidades Regionales.” (Hernández, 2006).

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

La estrategia metodológica incluyó: análisis de normativas pertinentes a la descentralización hospitalaria, documentación interna de las Instituciones y entrevistas en profundidad a informantes de las Instituciones y su comunidad. (Directores, Profesionales y Empleados del Equipo de Salud, Miembros de la Comunidad).

Estas entrevistas proveyeron información que nos permitió conocer las percepciones de los actores involucrados en la descentralización hospitalaria y sus objetivos institucionales, como así también indagar las nuevas condiciones que asumió la interacción Comunidad-Instituciones de Salud.

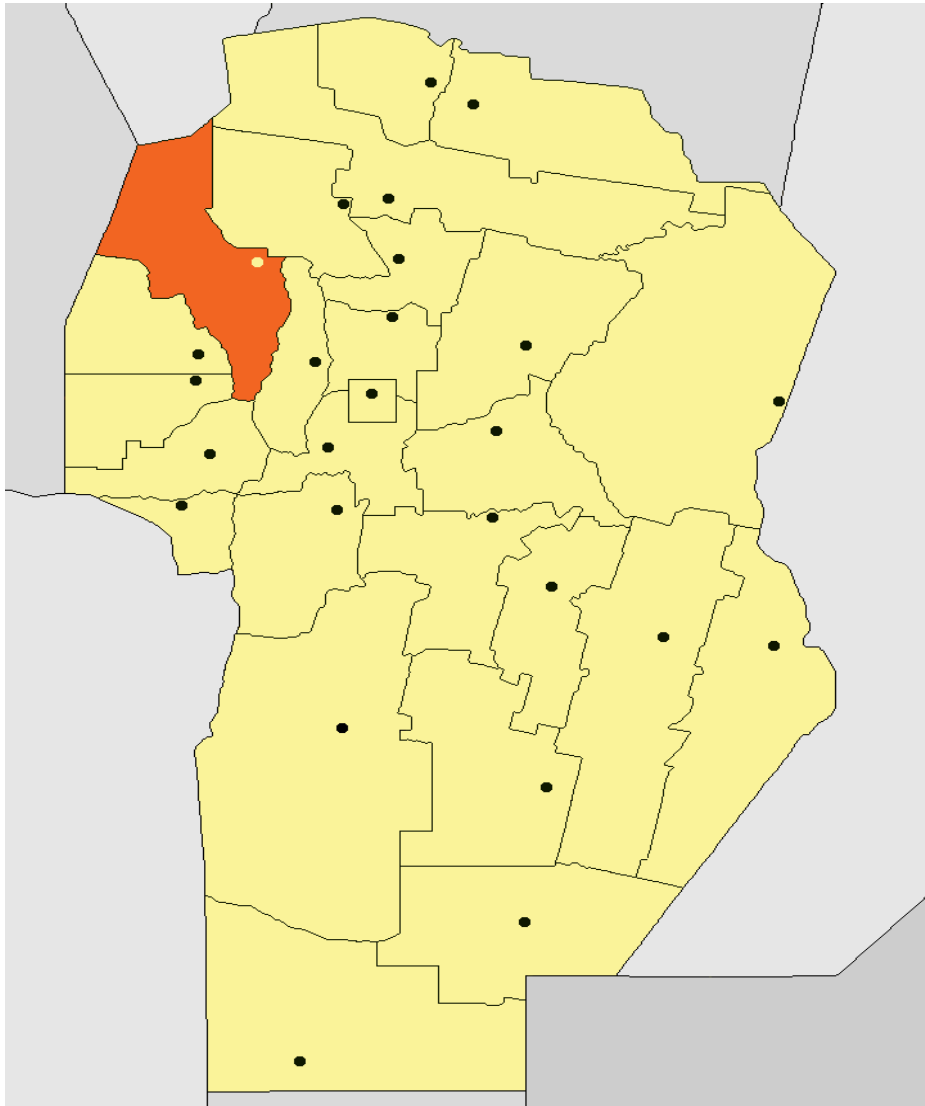
También se analizaron datos epidemiológicos aportados por el Hospital Regional y los Hospitales Municipales del Departamento Cruz del Eje.

Se estudiaron y compararon informes de indicadores socio-demográficos y de salud del INDEC y del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

3.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL CASO

DEPARTAMENTO CRUZ DEL EJE - PROVINCIA DE CÓRDOBA

Gráfico 1. División departamental de la Provincia de Córdoba, Argentina.



Nota: Departamento de Cruz del Eje. Autor: Wikipedia Mapa editado del sitio
[http://www.capraro.com.ar/material_did_Mapas.htm]

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SITUACIÓN POLÍTICA

El Departamento Cruz del Eje, ubicado al Nor-Oeste de la Provincia de Córdoba, con sus 6.653 km², representa el 4% del total de la superficie de la Provincia. El Departamento limita al Norte con las Provincias de La Rioja y Catamarca y el Departamento de Tulumba, Provincia de Córdoba; al Sur con el Departamento San Alberto (Cba.); al Este con los Departamentos Ischilín y Punilla (Cba.) y al Oeste con la Provincia de La Rioja y los Departamentos Cordobeses de Pocho y Minas.

La cabecera de esta unidad política es la ciudad de Cruz del Eje, elevada a tal jerarquía por la Ley Provincial N° 3674 de 1936.

El Departamento cuenta con una población total de 58.759 habitantes, repartándose la población entre Municipios, Comunas y Zonas Grises o Áreas Rurales Dispersas, como a continuación se detalla. (Censo Poblacional de 2010),

Municipios: 47.975 personas (81.64% de la población total). Alcanzando el rango de Municipios las ciudades de: Cruz del Eje, San Marcos Sierras, Serrezuela, Villa de Soto y el Brete.

Comunas: 7.380 personas (12.55% de la población total), que se reparten en las siguientes Comunas: Alto de los Quebrachos, Bañado de Soto, Cruz de Caña, Guanaco Muerto, La Batea, La Higuera, Las Cañadas, Las Playas, Los Chañaritos (C.del E.), Media Naranja, Paso Viejo y Tuclame.

Zonas Grises: 3.404 personas (5.79% de la población total), que se corresponden a Poblaciones Rurales que no forman parte de Municipios, ni Comunas.

Este Departamento se encuentra entre las economías más postergadas de la Provincia de Córdoba. Tuvo un lugar relevante en la década del 50', debido a la instalación de los talleres de Ferrocarriles Argentinos, lo cual le dio un impulso de crecimiento importante, económico, social y cultural. Los talleres de armado y reparación de unidades ferroviarias, fueron cerrados a fines de los años 70, afectando seriamente la economía de la región. La mayoría de los empleados/as fueron jubilados, y muchos pasaron a engrosar el sector de comercio y servicios. Actualmente la población tiene serios problemas de inserción ocupacional, encontrándose dividida entre los empleados de la administración pública, municipal, nacional o provincial, y los ocupados en la actividad agrícola. La situación es altamente conflictiva, ya que no existen posibilidades de nuevas fuentes de trabajo. La radicación de empresas, como el caso del nombrado Proyecto Honda, no se concretó y tampoco se vislumbra la posibilidad de obtenerlo. La presencia del Estado en la economía departamental es determinante: los puestos públicos y los planes asistenciales son la base de sustento de numerosas familias.

El cultivo del olivo, con gran número de plantaciones extendidas al norte de la cabecera departamental, es un signo distintivo de la economía de ésta unidad política, la que se complementa con algunas plantas de procesamiento de las aceitunas y de aceite de oliva. En cuanto al sector frutihortícola los cultivos de más relevancia son el ajo, el tomate perita, el melón, la sandía, la cebolla y la vid, entre otros. La actividad turística también tiene su desarrollo en el Departamento ya que ha crecido sensiblemente en cuanto a infraestructura turística, especialmente luego de que la Estancia Jesuítica La Candelaria fuera declarada Patrimonio Cultural de la Humanidad.

La actividad minera ha sido siempre un rasgo distintivo del Departamento, fundamentalmente en el sudeste Cruzdelejeño y en Canteras Quilpo, empresa productora de la cal El Milagro, extrayéndose: calizas, cuarzo y carbonatos, durante más de 100 años. Albergó en su mejor momento más de 3.000 personas, entre trabajadores y sus familias, constituyéndose en un pueblo pujante, ahora en vías de extinción, ya que se prevé el cierre de la Empresa por agotamiento de la materia prima. Otro sector importante de producción en la actualidad, dentro del Departamento, en la ciudad de Villa de Soto, es la elaboración de ladrillos para la construcción. El sector cuenta con 42 cortadas (unidad productiva conformada por varias familias), con producción aproximada de 1 millón de ladrillos por mes, dando trabajo a 285 familias, lo que implica: 2.200 personas que viven de esta actividad. Esto genera alta contaminación ambiental a nivel sanitario ya que la producción se realiza en zonas muy pobladas de la ciudad.

El 22 de junio de 2006 se crea en la ciudad de Cruz del Eje, el Complejo Carcelario N°2, "Adjutor Andrés Abregú", que tiene una capacidad para 1.500 internos y 605 penitenciarios, generando puestos de trabajo y algunos conflictos sociales atribuibles a la existencia de la Penitenciaría dentro del radio urbano.

DATOS CENSALES DEL DEPARTAMENTO CRUZ DEL EJE 2010

Cruz del Eje es uno de los Departamentos Provinciales con las necesidades básicas insatisfechas (N.B.I) más elevadas, junto con los Departamentos de Minas, Pocho, Río Seco, Tulumba, Sobremonte, Ischilín y San Alberto.

De acuerdo al Censo Poblacional Provincial de 2008, el 15.3% del total de hogares tienen al menos 1 N.B.I., esto equivale a 2.411 hogares sobre un total de 15.758.

El 21,8% de la población tiene N.B.I, es decir 12.232 personas, lo que equivale al 3,9% de las personas en situación de pobreza de la provincia².

Un 50,2% de la población con N.B.I. en este Departamento es menor de los 18 años. (Censo Provincial, 2008) (Censo Nacional, 2010).

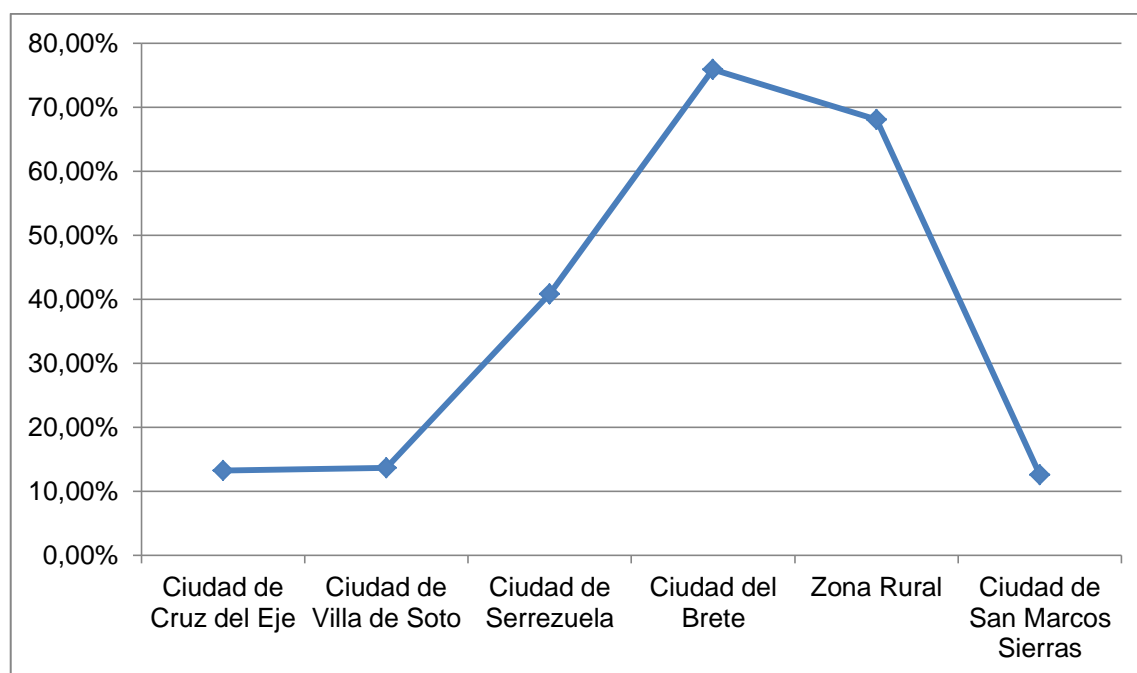
Dentro de estos porcentuales, hay lógicas variaciones en las diferentes localidades. Ejemplo: La Comuna de La Batea tiene una situación de pobreza del 55,6%, la de Bañado de Soto del 50% y el resto de las Comunas oscilan entre el 42 y el 47% (Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia, 2016).

Viviendas y hogares. De acuerdo al Censo Nacional de 2010, existían en el Departamento 17.342 viviendas, de las cuales 1.281, es decir el 7.38% se encontraron en Áreas Rurales Dispersas y 16.061 viviendas, es decir el 92,61% en Áreas Urbanas o Rurales Agrupadas. El 2,92% del total de viviendas correspondían a viviendas ranchos. El 6.72% de los hogares presenta hacinamiento.

² Se considera en situación de pobreza a aquellas personas con al menos 1 N.B.I.

Agua corriente. De los Hogares del Departamento Cruz del Eje, el 11% no tiene acceso a red pública de agua. El 13,24% de los hogares de la ciudad de Cruz del Eje, no tiene agua corriente y el 0,49% de los hogares se maneja con agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia. Muy distinta es la situación en diferentes ciudades del Departamento: En la ciudad de Villa de Soto el 13,60% de los hogares no tiene agua corriente, y el 0,41% se maneja con agua de lluvia, etc. En la ciudad de Serrezuela el 40,76% de los hogares, no tiene agua corriente, y el 2,49% se maneja con agua de lluvia, etc. El 75,89% de los hogares de la ciudad de El Brete no tiene agua corriente y el 14,04% se maneja con agua de lluvia. El 68,05% de los hogares de la zona rural no tiene agua corriente, y el 20,85% se maneja con agua de lluvia. En la ciudad de San Marcos Sierras el 12,55% de los hogares no tiene agua corriente, y el 2,42% se maneja con agua de lluvia, río, etc. En la comuna de Cruz de Caña el 53,46% de los hogares no tiene agua corriente, y el 36,63% se maneja con agua de lluvia. En la Comuna de Las Cañadas el 63,23% de los hogares no tiene agua corriente y el 36,76% se maneja con agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia.

Gráfico 2 *Porcentaje de Hogares que no cuentan con agua corriente en diferentes localidades del Departamento Cruz del Eje*



Nota: Autoría propia a partir de datos otorgados por el Censo Nacional 2010.

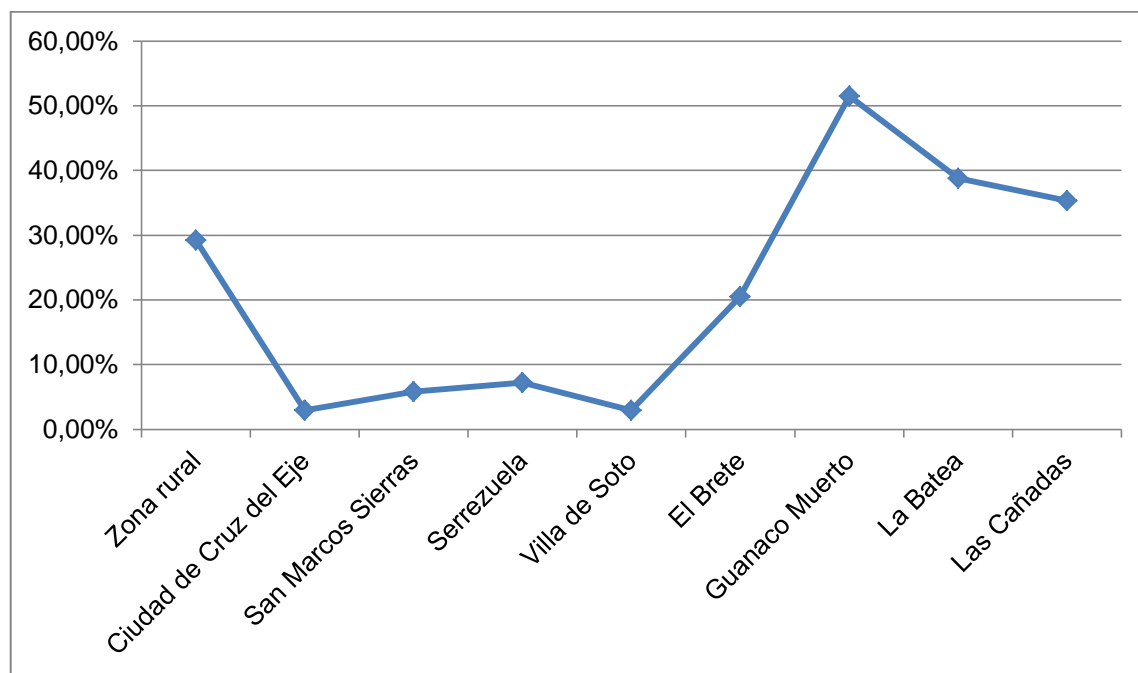
Educación: El porcentaje de escolarización en el Departamento Cruz del Eje es muy disímil, va desde el 68% de niñas, niños y adolescentes en localidades como La Batea o Las Cañadas, hasta superar el 90% en Tuclame.

No sabe leer y escribir el 7,99% de la población, lo que se corresponde a 4.695 habitantes.

Cloacas: El 18,4% de los hogares del Departamento Cruz del Eje cuenta con cloacas. Llama la atención los registros censales de cloacas en poblaciones que no la tienen, por ejemplo la ciudad de Villa de Soto y todas aquellas que no sean el porcentaje ya dicho que se corresponde a la ciudad de Cruz del Eje, único centro urbano del Departamento que cuenta con este servicio.

Por otro lado, hay un número significativo de hogares que no cuentan con baños, ni letrinas, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Gráfico 3 *Porcentajes de hogares que no cuentan con baño, ni letrina*



Nota: Autoría propia a partir de datos otorgados por Censo Nacional 2010.

Gas Natural: La ciudad de Cruz del Eje es la única localidad del Departamento en la que los hogares cuentan con gas natural.

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DEPARTAMENTO CRUZ DEL EJE

El Sistema Público de Salud del Departamento Cruz del Eje cuenta con:

- 1 Hospital Regional Provincial, en la ciudad de Cruz del Eje y como anexo a éste, el Hospital Neuropsiquiátrico del Complejo Carcelario II Adjutor Andrés Abregú.
- 1 Centro de Integración Comunitaria Municipal (C.I.C.) en la ciudad de Cruz del Eje, del que dependen 8 Centros de Salud Municipales distribuidos en diferentes barrios de la ciudad.
- 2 Hospitales Municipales en las ciudades de Villa de Soto y Serrezuela respectivamente. Cada uno de estos dos Municipios cuenta con un CIC y en el caso de la ciudad de Villa de Soto, el Sistema de Salud Municipal gestiona además seis Centros de Salud.
- 15 Puestos Sanitarios en las diferentes Comunas del Departamento.

Gráfico 4. Ubicación geográfica de los hospitales provinciales



Nota: Autoría propia en base a datos otorgados por el Ministerio de Salud Provincial.

El Objetivo Específico de este Trabajo es analizar el grado de Autonomía con que cuenta el Subsector Público del Sistema de Salud del Departamento Cruz del Eje. No podemos hablar de Autonomía sin relacionarla con la

Independencia y la Responsabilidad, y para ejercer ambas condiciones son fundamentales además de las legislaciones y los recursos, el control de los mismos por parte del Estado.

A fin de ordenar el Análisis del Caso en estudio, analizaremos los diferentes recursos: Físicos, Humanos y Financieros, en los tres Escenarios: El Hospital Regional, Los Hospitales Municipales y los Puestos Sanitarios.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE GESTIÓN PROVINCIAL

Hospital Regional Provincial “Aurelio Crespo” De La Ciudad De Cruz

Del Eje

El Hospital Regional “Aurelio Crespo” (de jurisdicción provincial), fue construido con criterio sanitario, e inaugurado el 4 de junio de 1947. El predio donde fue edificado abarca una hectárea y su estructura tuvo, en estos 66 años, varias ampliaciones y remodelaciones siendo la última hace aproximadamente 10 años.

La historia popular o historia hablada cuenta que, en el año 1910, a la edad de 72 años, fallece en la ciudad de Córdoba, don Aurelio Crespo, ilustre benefactor nacido también en la misma ciudad en el año 1838, abrazando la carrera de agrimensor. En su testamento otorgado en el año 1909, en el 4to ítem dice: *“dejo como herederos al obispo de Córdoba (...) La estancia de Mogrovejo(...)que se venderá para que con su importe el obispo de Córdoba haga trabajar un Hospital de capacidad de cien enfermos en Cruz del Eje(...)con el fin de que todos los enfermos pobres(...) sean curados allí(...) y se administrará bajo la diócesis(...) y si sobrara dinero, se destinará para su administración y creación para una escuela para doscientos alumnos”*. La estancia es adquirida por don Wilfrido Barón. En el año 1923, se inicia la obra del hospital, alcanzando únicamente a construirse un subsuelo y unas paredes que alcanzan una altura de 1,2m. Las obras se suspenden definitivamente en el año 1926, alegando el Obispado de Córdoba carencia de fondos. Posteriormente la construcción de este hospital es incluida en el año 1944 en el

Primer Plan Quinquenal, inaugurándose solemnemente el 4 de junio de 1947. La Estancia Mogrovejo que contaba inicialmente con aproximadamente 10.000 hectáreas, sufrió a lo largo de estos años numerosas parcelaciones, pero la que conservó el nombre inicial pertenece actualmente a una empresa agroturística privada.

El Hospital Aurelio Crespo, tiene un gran radio de influencia, con derivaciones provenientes de La Rioja y Catamarca, además de las derivaciones que recibe de todos los Centros de Salud del Departamento y también de Departamentos vecinos como Minas, Pocho, Ischilín y San Alberto.

La Directora del Hospital es la Dra. Luján, quién presenta una antigüedad en el cargo de 8 años y que también es Directora del Hospital Neuropsiquiátrico del Complejo Carcelario II Adjutor Andrés Abregú.

La descentralización hospitalaria implementada en el Hospital Regional ha sido parcial, ya que se refiere casi exclusivamente a la parte de la ley que implica el recupero de gasto, porque se consideró que esto era la principal ventaja. En cuanto al efecto de la ley sobre la accesibilidad, equidad, eficiencia, etc. se relativizó su resultado.

No existe la articulación Provincia-Municipio en la planificación de los Servicios de Salud de la población.³

Cabe aclarar que al momento del Estudio, Provincia y Municipalidad pertenecían a dos partidos políticos diferentes.

³ Ver: *Entrevista de la autora con la Dra. Luján en ANEXO*

Con respecto al Hospital de jurisdicción provincial que funciona en el Centro Carcelario, sabemos a través del Portal de Noticias de la página web del Gobierno de la Provincia de Córdoba editada el 23 de abril de 2012, que fue inaugurado en esa fecha, por el entonces Gobernador Dr. José Manuel De La Sota, como un Servicio Externo del Hospital Aurelio Crespo, en las áreas de Psiquiatría y Clínica Médica, con una superficie de 4.365 metros cuadrados cubiertos y con capacidad de internación de 70 camas, para la atención y contención de pacientes judicializados de toda la provincia.”*También cuenta con área de esterilización propia, guardia con sala de Shock Room, laboratorio general y microbiología. Dentro del área de consultas externas, se encuentran ocho consultorios, quirófano y un sector de diagnóstico por imágenes con sala de ecografía y de rayos X con revelado propio. Además cuenta con un Salón de Usos Múltiples, un Aula Taller, un Aula de Capacitación, Farmacia y consultorios individuales y grupales para la atención del paciente y su familia.*”(La atención hospitalaria llega a la cárcel de Cruz del Eje. Portal de Noticias del Gobierno de la Provincia de Córdoba.)

En el Departamento de Estadísticas del Hospital Aurelio Crespo, del cual depende el Hospital de la Unidad Carcelaria, no figura ningún registro epidemiológico ni de funcionamiento, y no logramos tener acceso a ninguna información.

Los datos que se detallan a continuación se refieren exclusivamente al Hospital Aurelio Crespo (H.A.C.)

Recurso físico. El Hospital cuenta con 14 Consultorios Externos distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1 *Distribución de Consultorios Externos*

Tipos de Consultorios	Número de consultorios
Cirugía	1
Clínica Médica	3
Curaciones	1
Odontología	2
Pediatría	2
Psicología	1
Salud Mental	1
Servicio Social	1
Traumatología	1
Vacunación	1

Nota: Autoría propia a partir de datos obtenidos por el Dep. de Estadísticas del H.A.C.

El Hospital tiene 10 Servicios de Atención y cada uno de ellos con un número variado de camas, que hacen un total de capacidad de internación de 114 pacientes.

Tabla 2 *Distribución de los Servicios de Atención por Número de Camas*

Servicio	Número de Camas
Cardiología	6
Cirugía	10
Clínica Médica	28
Guardia	3
Neonatología	11
Pediatría	17
Shock Room	3
Tocoginecología	24
Traumatología	8

Además cuenta con 3 Quirófanos, Áreas Administrativas y de Servicios, y 3 Ambulancias dotadas para la atención de accidentes en vía pública y traslado de pacientes. A partir de 2012 cuenta con un Departamento de Estadísticas.

En cuanto a insumos el Hospital está provisto adecuadamente, surgiendo algunos inconvenientes en cuanto a su aparatología, como por ejemplo falta de Tomógrafo durante meses por roturas o paradójicamente, tres aparatos de Colposcopia de última generación que no podían utilizarse por no contar con profesionales entrenados para tal estudio.

Recurso Humano:

- Número de Médicos:
 - Planta Permanente: 45 (62.5%)
 - Contratados: 27 (37.5%)
- El número total de Médicos: 72, incluye a todos los Médicos, Especialistas y no Especializados.
- Número de Enfermeros:
 - Planta Permanente: 64 (46.37%)
 - Contratados: 74 (53.62%)
- Número de Odontólogos: 1
- Personal Administrativo, Choferes, Maestranza y Servicios: 156
 - Planta Permanente: 88 (56.41%)
 - Contratados: 68 (43.58%)

Nota: Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas del H.A.C.

PRESTACIONES

Tabla 3. *Cantidad de consultas por especialidad. Estadística de los años 2012 y 2013 según especialidades*

ESPECIALIDADES	2012	2013
Cirugía	1072	812
Consultorio Externo	55286	48961
Ecografías	4319	3174
Electrocardiogramas	1125	2587
Fonoaudiología	1825	1144
Kinesiología	7116	6485
Laboratorio	57796	61989
Nutrición	456	465
Odontología	14483	11505
P.A.P.	340	335
Psicología	1935	1712
Rayos	10351	9082
Servicios Sociales	1830	2650
Neurología*		166
Oftalmología*		423
Oncología*		90
Anat. Patológica*		

Nota: *Especialidades incorporadas posteriormente.

Tabla 4 *Cantidad de Consulta por Especialidad*

Especialidades	2014	2015 hasta Noviembre
Anat. Patológica	515	595
Cirugía	1007	1618
Clínica Médica	9653	9495

Ecografías	3828	3100
Electrocardiogramas	1467	1779
Fisiatría	1005	984
Fonoaudiología	1903	1192
Guardia	31506	28682
Kinesiología	7729	3897
Laboratorio	95764	103614
Neurología	676	621
Nutrición	670	820
Odontología	8409	7585
Oftalmología	1567	1380
Oncología	175	298
P.A.P.	410	389
Pediatría	14285	11016
Psicología	773	2085
Rayos	17957	242040
Recién Nacidos	1787	1851
Salud Mental	4252	3571
Servicio Social	4546	5531
Psicomotricidad*		372
Urología*		107

Nota: *Especialidades incorporadas posteriormente. Dep. Estadística H.A.C.

Tabla 5 *Tasa de Mortalidad General*

Año	Porcentaje
2012	1,58
2013	1,87
2014	2,09

2015 hasta oct.	2,03
------------------------	------

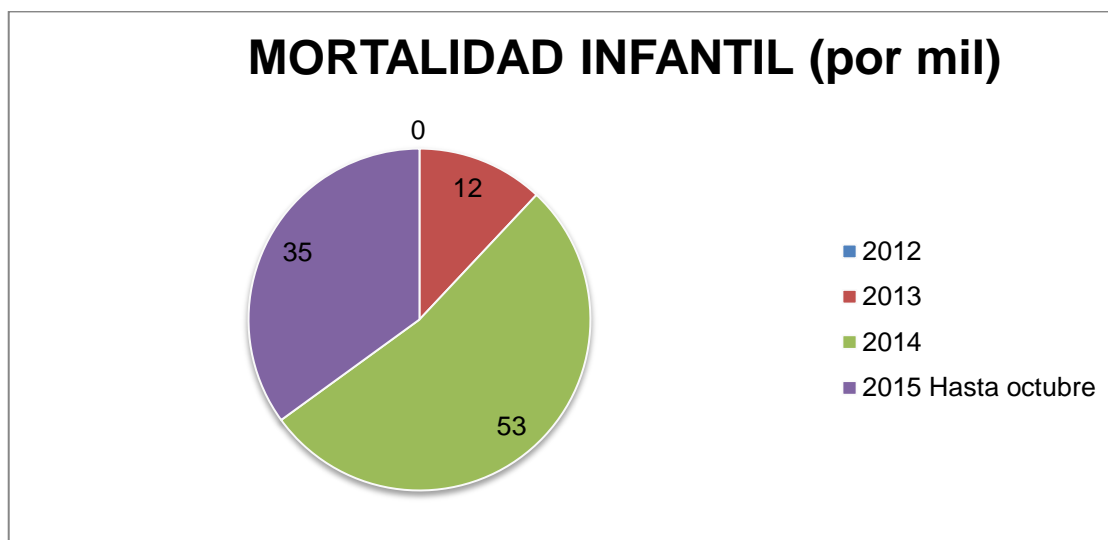
Nota: Datos obtenidos por el Dep. de Estadísticas del H.A.C. Ver **Anexo**.

Tabla 6 *Tasa De Mortalidad Infantil*

Año	Porcentaje
2012	0.00
2013	4,30
2014	18,28
2015 Hasta octubre	12.13

Nota: Datos obtenidos del Dep. de Estadísticas del H.A.C. Ver **Anexo**.

Gráfico 5 *Mortalidad infantil*



Nota: Mortalidad infantil. Dep. Estadística H.A.C.

Recursos financieros: El Hospital cuenta con Presupuesto Provincial para su funcionamiento, a su vez recibe el pago de la efectiva gestión de los

Programas Nacionales en Marcha (Remediar+Redes, Sumar, etc.) y el FOFINDE (Fondo de Financiamiento de Descentralización).

En cuanto al Recupero de Gastos, propio del Hospital de Autogestión, se efectiviza a partir del año 2007. El Sistema de Facturación y Pago está tercerizado y lo lleva a cabo la Empresa Kolektor- Salud. Trabajan en la Oficina de Facturación.: 1Jefa, 5 personas más: 3 administrativos, realizan la facturación del Plan Sumar y otras 2, el resto de las Obras Sociales que se facturan; estas 6 personas son empleados provinciales. Además viaja desde Córdoba, 3 veces por semana un empleado de la Empresa Kolektor-Salud.

Se encontró resistencia por parte del personal para poner en marcha el proceso de Recupero de Gastos a pesar de que la comunicación interna fue la adecuada y que se realizaron cursos de capacitación oportunamente. Uno de los inconvenientes que se encuentran en el proceso es que el personal médico no completa las Historias Clínicas de manera adecuada. El proceso de facturación no cuenta con un Departamento de Auditoria Interna y no reciben ningún tipo de incentivo por su trabajo, al igual que el resto del personal, cosa que establece la ley.⁴

Para saber más de los recursos financieros del Hospital, nos entrevistamos con el Contador a cargo de la Administración, quien nos confirmó que el porcentaje de pacientes con Obra Social atendido en la Institución ascendía al 30/40%, predominando los pacientes de PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y APROSS (Administración Provincial

⁴ Ver: *Entrevista de la autora con la Jefa de la Oficina de Facturación del Hospital Aurelio Crespo en Anexo.*

de Seguros de Salud). Los pagos se efectivizan con una demora importante y con importes diferentes entre una Obra Social y otra. En cuanto a los reclamos de pago previstos por ley, no obtuvieron resultados. Tampoco tienen un registro del porcentaje de pacientes que cuentan con PROFE (Programa Federal Incluir Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación) ya que no se factura, porque no pagan, se consideran como pacientes sin cobertura. Se factura el Programa Sumar, del Ministerio de Salud de la Nación para brindar cobertura de salud a todas las personas de 0 a 64 años que no cuentan con Obra Social ni Prepaga, pero el pago no se efectivizó los últimos 6 meses (la entrevista fue hecha el 14/12/2015).

Menos del 20% de los costos del Hospital se pueden solventar con el Sistema de Recupero de Gastos, El porcentaje de incentivo económico para el personal de salud, en acuerdo con la Ley de Hospitales de Autogestión, no se efectiviza por falta de recursos.⁵.

⁵ VER: *Entrevista realizada por la autora con el Contador a cargo de la Administración del Hospital Aurelio Crespo en ANEXO*

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE GESTIÓN MUNICIPAL

CIUDAD DE CRUZ DEL EJE

La ciudad de Cruz del Eje cuenta con una población estable de 30.680 personas. (Censo Nacional, 2010).

El Sistema de Salud de la Ciudad de Cruz del Eje cuenta con un Centro de Integración Comunitaria (C.I.C.), fue construido con fondos nacionales y su funcionamiento es administrado por la Municipalidad. Además funcionan ocho Centros de Salud donde se presta Atención Primaria, se distribuye leche, se reparten medicamentos, se realizan inmunizaciones, etc.

Estos Centros funcionan en los siguientes barrios: La Rinconada, El Arroyo, Presidente Perón, Villa Elaine, La Toma, San Antonio, La Curva y Los Altos.

Recursos Físicos:⁶ Salvo el C.I.C. cuya infraestructura es visualmente aceptable, los Puestos Sanitarios se encuentran en condiciones sanitarias deplorables, y tienen una evidente falta de infraestructura e insumos

Recursos Humanos: Los puestos Sanitarios son atendidos habitualmente por enfermeras, quienes conocen bien su población a cargo, y realizan las tareas de Atención Primaria, llevando generalmente registros manuales. Cuentan con Atención Médica algunos días a la semana. El Sistema de Salud Municipal cuenta con 6 ó 7 Médicos Generalistas, 1 Ecografista y 1 Ginecólogo.

⁶ Ver en Anexo : Datos proporcionados por el Dr. Marcelo Ontiveros, Director de Salud, Municipalidad de Cruz del Eje

Recursos Financieros: Son provistos por la Municipalidad, y su utilización es decisión del Sr. Intendente.

A fin de realizar este relevamiento entrevistamos al Director de Salud de la Ciudad de Cruz del Eje, Dr. Marcelo Ontivero, el día 28 de enero de 2016, a 40 días de haber asumido en el cargo, después del cambio de gobierno del 10/12/15. Entre las respuestas que consideramos a destacar son las que se refieren a la falta de datos, ya que no se hizo una transferencia de gestión de manera adecuada. Quién estaba a cargo de la Dirección de Salud Municipal en el gobierno anterior no le dejó ningún registro, ni información alguna, por lo tanto se encuentra en una etapa de diagnóstico de situación. A la pregunta si considera que se ha logrado a nivel del Sistema de Salud Municipal una real y efectiva articulación con el Sistema de Salud Provincial y con el Hospital, nos respondió que en la última década no hubo ningún tipo de articulación, ni siquiera diálogo, ya que se trataba de gestiones de partidos opositores, el gobierno provincial era peronista y el municipal, radical. No considera que la Descentralización haya mejorado la accesibilidad de la población al Sistema, la equidad, etc. Cree que la motivación de poner en marcha el proceso de descentralización fue básicamente económica, y que es un Sistema instalado al que hay que adaptarse.⁷

⁷ Entrevista en **ANEXO** de la autora al Dr. Marcelo Ontivero.

CIUDAD DE VILLA DE SOTO

La ciudad de Villa de Soto cuenta con una población de 9.628 personas en el Área Urbana y 299 en Áreas Rurales Dispersas. (INDEC 2010).

La Municipalidad de Villa de Soto se adhirió al Régimen de Descentralización en 1999; a la fecha no cuenta con Carta Orgánica.

El Sistema de Salud Municipal está conformado por un Hospital Municipal, ubicado en el centro de la ciudad, un Centro de Integración Comunitaria (C.I.C.) y seis Puestos Sanitarios en los diferentes barrios: 25 de Mayo, Las Flores, 9 de Julio, La Estación, Cura Brochero y San Cayetano.

No está implementada dentro del Sistema, la Carrera Sanitaria.

Es de destacar un acuerdo firmado entre el Municipio y la Universidad Nacional de Córdoba con el fin de que alumnos de la Carrera de Medicina de dicha Universidad, realicen en el Sistema de Salud Municipal, la Práctica Final Obligatoria (P.F.O.) dependiente del Departamento de Enseñanza Práctica de la Facultad de Ciencias Médicas, a fin de que adquieran sobre terreno las bases de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.); esto obliga a dos alumnos de dicha Facultad a formar parte de los Recursos Humanos del Sistema de Salud Municipal, durante 6 meses, realizándose un interesante intercambio.

HOSPITAL MUNICIPAL

Recursos Físicos: El Hospital cuenta con una estructura que si bien, no fue inicialmente construida con un criterio sanitario, fue remodelada en diversas etapas, logrando una conformación acorde a las necesidades.

Horario de atención: las 24 hs.

Cuenta con una recepción importante, que funciona como Sala de Espera.

Consultorios: 6.

Farmacia: donde se almacenan y distribuyen los medicamentos que envía el Programa Remediar+Redes. Atiende durante 8 hs diarias, 5 días a la semana.

Laboratorio: se realizan análisis de rutina y algunos estudios serológicos (Chagas, Sífilis, etc.). Atiende durante 6hs diarias, 6 días a la semana, sin guardia de 24hs.

Consultorio Odontológico: 1

Administración y Mesa de entrada.

Sector de Servicio de Guardia con Consultorio, Enfermería, (donde también se realizan curaciones y yesos) y 2 “camas frías” para observación de pacientes con evolución de patologías agudas.

Servicio de Rayos.

Quirófano y Sala de Partos: que no se utilizan, ya que no hay Banco de Sangre.

Sector de Internación con 6 Salas: 5 de Adultos y 1 de Pediatría y 20 camas para internación.

Enfermería y Áreas de Servicios.

Ambulancias para Asistencia en Domicilio, Vía Pública y Traslado: 3

Es importante destacar que el Hospital no cuenta con Habilitación del Ministerio de Salud Provincial que debería otorgar R.U.GE.PRE.SA. (Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud), ya que el edificio tiene fallas estructurales importantes, entre otras la falta de agua caliente, problemas en sanitarios, instalación eléctrica, etc.

Recursos Humanos:

Tabla 7 *Servicio de salud. Cantidad de especialistas*

Especialistas a cargo	Número de Profesionales
Médicos Generalistas (Guardia y Consultorio)	15
Médicos Especialistas	7 (Ginecología, Traumatología, Pediatría, Alergia, Cardiología, Diabetología, Radiología)
Odontólogos	2
Bioquímica	1
Nutricionista	1
Psicóloga	1
Radiólogos	1
Enfermeras	4
Administrativas	10
Choferes	6
Servicios de Limpieza, Cocina y Jardinería	9

La situación laboral del Recurso Humano se reparte de la siguiente manera: Empleados Efectivos, en Planta Permanente 6 el 9 ,37%; Monotributistas: 27; contratados 20, (se les realiza contratos renovables cada tres meses); becarios 9 y 2 personal pertenecientes al Programa de Médicos Comunitarios de la Nación.

Recursos Financieros: Las finanzas son manejadas por el Intendente, y los gastos corrientes por la Secretaria de Salud. El Director del Hospital no cuenta con la posibilidad de saber ni administrar ningún recurso económico, ni siquiera una caja para gastos diarios. El Municipio recibe el FOFINDE, (Fondo

Financiero para los Organismos Descentralizados), los fondos correspondientes al Pacto Sanitario, el Fondo Permanente de la Soja, Fondos por Coparticipación, A.T.P.(Ayuda del Tesoro Provincial) y A.T.N.(Ayuda del Tesoro Nacional), pero todos estos fondos son manejados directamente por el Intendente.

En cuanto al Recupero de Gastos propio del Hospital de Autogestión, entre los meses de abril de 2013 y febrero de 2014, se trabajó administrativamente con el propósito de mejorar la facturación, entre otras cosas porque en el Hospital no se elaboraban Historias Clínicas y por ende no estaba organizado ningún tipo de archivo, a lo que se sumaba una fuerte resistencia por parte del personal médico y de enfermería para elaborar los registros. La facturación a P.A.M.I., A.P.R.O.S.S. y el Plan SUMAR se logró incrementar en un 200%. No se contaba con Reglamentación, Manual de Procedimiento, Auditoria Interna ni Control de Procesos. Tampoco existía, ni pudo implementarse, ningún tipo de incentivo al personal, tal como lo prevé la Ley de Hospitales Descentralizados.

Los registros Estadísticos y Epidemiológicos se realizaban en forma desorganizada, con falta de continuidad, esporádicamente y sólo por una administrativa a cargo de la tarea, lo que condicionaba su elaboración al hecho de que estuviera presente, no tuviera vacaciones, carpetas por enfermedad, etc. Es de destacar la constante buena disposición del equipo de Estadísticas y Epidemiología del Ministerio de Salud Provincial para que esta situación se revirtiera.

CENTRO DE INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Este Centro fue realizado con Fondos Nacionales, a través del Ministerio Desarrollo Social de la Nación sobre la Ruta 38, e inaugurado en 2008. En él se realizan diversas actividades en su mayoría relacionadas a la Atención Primaria de la Salud y al apoyo Escolar. En realidad son pocas las actividades que se efectúan en lo que se refiere al Proyecto Inicial para el que fue ideado, es decir la integración de la comunidad.

Horario de Atención: 8hs a 20hs.

Recursos Físicos: Es un edificio nuevo, hecho con criterio sanitario-social. Cuenta con 6 Consultorios, amplia Sala de Reunión, Sala de Espera, etc. La construcción se encuentra en general en muy buen estado de mantenimiento.

Recursos Humanos: El personal del servicio de salud de esta ciudad se encuentra organizado de la siguiente manera

:

Tabla 8 *Organigrama del personal de salud*

ESPECIALIDADES	CANTIDAD DE PERSONAL
Médica Generalista	1
Médicos Especialistas	7 (2 Ecografistas, 1 Ginecólogo, 1 Cardiólogo, 1 Oftalmólogo, 1 Neurólogo, 1 Alergista).
Odontólogos	3
Enfermeros	2
Nutricionista	1
Psicóloga	2
Psicopedagoga	1

Fonoaudióloga	1
Trabajadora Social	1
Fisioterapeuta	1
Vacunadoras	2
Agentes Comunitarios	4
Administrativas	2
Limpieza	2

La situación laboral del Recurso Humano es la siguiente: 2 Empleados efectivos (6,66%) pertenecen a la planta permanente; 10 Monotributistas, 6 Contratados con contratos renovables cada 3 meses; 1 Empleado efectivo de la Provincia; 12 Integrantes del Programa de Médicos Comunitarios de la Nación (PMC); 2 participantes de Becas Municipales y 1 Empleado del Programa Joven de la Provincia de Córdoba

Es importante destacar que hay integrantes del PMC que también están contratados o efectivizados y que reparten sus horarios de actividad en todo el Sistema de Salud Municipal (Hospital, C.I.C. y Puestos Sanitarios).

Recursos Financieros: Son manejados estrictamente por el Intendente. Los registros Epidemiológicos y Estadísticos responden a las características generales del Sistema ya descriptas para el Hospital, al igual que el Sistema de Recupero de Gastos, previsto por la Ley de Descentralización.

PUESTOS SANITARIOS:

Recursos Físicos: Los 6 Puestos Sanitarios de los que dispone el Sistema de Salud de la Municipalidad de Villa de Soto, no responden al más mínimo

criterio sanitario; la mayoría no tiene agua corriente, los baños son deficitarios, no hay en enfermería separación entre materiales sépticos y no sépticos, no tienen mantenimiento y por supuesto no cuentan con la habilitación correspondiente del Ministerio de Salud a través de R.U.GE.PRE.SA.

Recursos Humanos:

B° Belgrano:

Tiene el siguiente horario de atención: de lunes a viernes de 8 a 13hs y de 17 a 20hs.

Tabla 9 *Información servicios en Barrio Belgrano*

Servicio	Cantidad Profesionales	N° de Consultas Mensuales	Días de Atención
Clínica Médica	3	540	4x semana
Enfermería	1	560	5x semana
Psicología	1	80	2x semana
Nutricionista	1	60	1x semana
Trabajo Social	1	40	2x semana
Vacunación	1	80	1x semana
Ag. Comunitarios	1	100	5x semana

B° 9 de Julio

Horario de Atención: de lunes a viernes 8 a 14hs y de 17 a 20hs.

Tabla 10 Información servicios en Barrio 9 de Julio

Servicio	Cantidad de Profesionales	N° de Consultas Mensuales	Días de atención
Cl. Médica	1	130	2x semana
Enfermería	1	420	5x semana
Psicología	1	80	2x semana
Trabajador Social	1	40	2x semana
Ag. Comunitario	1	100	5x semana

B° Las Flores

Horario de Atención: de lunes a viernes de 8 a 13hs y de 17 a 20hs.

Tabla 11 Información servicios en Barrio Las Flores

Servicio	Cantidad de Profesionales	N° de Consultas Mensuales	Días de Atención
Cl. Médica	1	540	3x semana
Enfermería	1	610	5x semana
Ag. Comunitario	1	100	5x semana

Bella Vista

No tuvo atención regular en 2013. En 2014 los Médicos Comunitarios, van a atender a la casa de los pobladores, por falta de agua y mantenimiento en el Puesto Sanitario. Población: 90 personas.

De los otros Puestos Sanitarios no hay ningún tipo de datos.

Represa de Morales

No cuenta con Puesto Sanitario. Población Rural Dispersa.

Tres Árboles:

Población Rural Dispersa: Los agentes sanitarios de A.P.S. atienden en las casas de familia.

Los Médicos y Enfermeras que “sostienen” estos Puestos Sanitarios en su mayoría forman parte del Programa de Médicos Comunitarios, y algunos tienen contratos o becas municipales.

Recursos Financieros: Son administrados por el Intendente.

CIUDAD DE SERREZUELA

La ciudad de Serrezuela cuenta con una Población Urbana de 2.441 habitantes y 237 habitantes en Áreas Rurales Dispersas, haciendo un total de 2.678 habitantes (INDEC, 2010). Tiene un alto porcentaje de pobreza estructural, que ronda el 60%, y casi la mitad de la población no cuenta con agua corriente.

El Sistema de Salud de la ciudad de Serrezuela está conformado por un Hospital Municipal y un Centro de Integración Comunitaria.

Tuvimos oportunidad de entrevistarnos con el Dr. Amaya, Director del Hospital desde hace 30 años y uno de los dos únicos médicos que viven de manera estable en la ciudad.

El radio de cobertura que tiene el Sistema de Salud de la ciudad de Serrezuela, se extiende: Dentro del Departamento Cruz del Eje: el ejido de la

Pedanía Pichana y el Nor-Oeste de la Pedanía Cruz del Eje. Fuera del Departamento Cruz del Eje: el Norte del Departamento Minas y las poblaciones y Zona Rural de la Provincia de La Rioja que limitan con el Departamento Cruz del Eje (Ej.: El Chacho). Lo que equivale a 1.125 km² (25 km² de zona urbana y 1100km cuadrados de zona rural), a lo que sería importante agregar que se trata de serranía, con caminos de ripio o senderos que dificulta terriblemente la accesibilidad y donde habitan alrededor de 500 personas.

HOSPITAL MUNICIPAL

Recursos Físicos

El Hospital fue construido con criterio sanitario, sobre un terreno donado por un particular a la Diócesis de Cruz del Eje.

Cuenta con: Dos salas de Internación (1 de varones y 1 de mujeres), disponiendo cada una de ellas de 6 camas, lo que hacen un total de 12 camas.

Cuatro baños, uno en cada una de las Salas y dos en la Sala de Espera.

Un dormitorio para el personal de guardia.

Una cocina, un lavadero. Dos Ambulancias: una equipada para traslados de urgencias.

No está habilitado por el Ministerio de Salud de la Provincia a través del Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (R.U.GE.PRE.SA.)

Recursos Humanos: La selección del personal, es realizada por el Intendente.

Tabla 12 *Especialistas de la ciudad de Serrezuela*

Especialidades	Planta Permanente	Contratados	Monotributistas	Periodicidad (Veces Por Semana)
Médicos Generalistas	1	-	2	
Bioquímica	-		1	1
Técnico Radiólogo	-	-	1	1
Enfermeras	3 Efectivas, heredadas de la Provincia	6 Contratadas (con contratos renovables cada 3 meses).	-	*
Auxiliares	3	-	-	
Choferes	2	-	-	-

Nota: * Información no suministrada

No cuenta con Secretaria, Personal Administrativo, Asistente Social ni Agentes de Salud, el Director no logra que el Concejo Deliberante apruebe su nombramiento. (Ver **Anexo**)

Recursos Financieros: El Dr. Amaya cree que el Municipio recibe FOFINDE, con lo que se pagan los sueldos, Pacto Sanitario, Fondo Permanente de la Soja, Co-participación, A.T.P. y A.T.N., pero todos los recursos son manejados directamente por el Intendente, y como Director del Hospital no cuenta con información. El Sistema de Salud local también está adherido a los Programas Provinciales y Nacionales, que les envían recursos al Municipio. El Hospital no cuenta con Caja Chica o de Gastos Corrientes, si se genera algún gasto y el Intendente no está, los afronta el Dr. Amaya y luego le son reintegrados.

El Hospital está inscripto en el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Sólo se factura P.A.M.I., ya que el resto de las Obras Sociales no pagan y realizar la facturación es considerado como un gasto inútil de recursos. El Director del Hospital no sabe qué porcentaje de los gastos que se generan los cubre el recupero de gasto por Autogestión, ya que eso lo maneja el Intendente.

Las afecciones prevalentes, en la infancia: son las enfermedades infecciosas, las enfermedades de la pobreza. En los Adultos: Diabetes, Hipertensión y Artrosis; tienen pocos casos de Cáncer (Sic), porque la población tiene poco estrés, al decir del Funcionario. Se internan sólo casos clínicos y tienen un alto índice de derivación al Hospital Regional de Cruz del Eje.

No se elaboran Estadísticas en el Hospital. No tienen Archivos ni Historia Clínica. El relevamiento sanitario de la población, lo realiza el mismo Director en forma manual y estima que alrededor del 90% de la población es pobre e indigente y vive de pensiones y planes sociales. Considera que la mayoría de las pensiones y jubilaciones por discapacidad fueron otorgadas por razones de interés político. No se realiza ningún tipo de Promoción, Prevención, ni Educación para la Salud y el Sistema de Salud Municipal no cuenta con Puestos Sanitarios.

Dentro de los Programas Provinciales está el de Familia Rural Sana, que en la zona lo maneja una Organización Nacional A.P.E.N.O.C. (Asociación de Pequeños Productores del Nor-Oeste Cordobés, que forma parte del Movimiento Campesino), él no les permite el acceso al Hospital porque

considera que no respetan las instituciones y tienen una marcada tendencia política partidaria.

El C.I.C. (Centro de Integración Comunitaria), realiza inmunizaciones, y ocasionalmente atienden algunos Especialistas como Ginecólogo, Pediatra y Nutricionista. Es gestionado desde la Municipalidad y no trabaja en forma articulada con el Hospital.

Desde el Ministerio de Salud no se realizan controles de gestión, controles de calidad o auditorías. El Director Amaya refiere no haber sido convocado por la Mesa Provincia-Municipio ni haber participado de reuniones en la Zona Sanitaria Regional.

MUNICIPIO DE SAN MARCOS SIERRAS

San Marcos Sierras es una población que cuenta con un total de 2.199 habitantes, que se distribuyen en Áreas Rurales Agrupadas: 1.848 habitantes y Áreas Rurales Dispersas: 351 habitantes. (INDEC, 2010).

Se encuentra en una zona de serranía, a 150km de la ciudad de Córdoba y a 23km de la ciudad de Cruz del Eje. Se considera una zona rural ya que tiene una población urbana muy chica y está rodeada por núcleos productivos rurales, donde se destaca la producción de miel, y frutihortícola que luego se utilizan para la producción de dulces, conservas, etc. El turismo ecológico está muy desarrollado y en general sus pobladores cuidan mucho el medio ambiente, viven de una manera muy natural y muchos sustentan su supervivencia con muy bellas artesanías.

Desde el punto de vista sanitario cuenta con un Centro de Salud, con guardia médica y de enfermería las 24hs. Además disponen de una ambulancia y un chofer para el traslado de pacientes al Hospital Regional de Cruz del Eje, dónde habitualmente los pobladores resuelven sus problemas de Salud.

Todos los recursos financieros, son manejados por el Intendente.

MUNICIPIO DE EL BRETE

Se trata de una población de 2.327 habitantes, distribuidos en 1.749 habitantes en Áreas Rurales Agrupadas y 578 habitantes en Áreas Rurales Dispersas. (INDEC, 2010). Geográficamente se encuentra a 10 Km de la ciudad de Cruz del Eje. Tiene un Centro de Salud con guardia médica y de enfermería durante las 24hs y una ambulancia con chofer para traslado de paciente hacia el Hospital Regional de Cruz del Eje.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE GESTIÓN COMUNAL

COMUNAS DEL DEPARTAMENTO CRUZ DEL EJE

Las Comunas son áreas rurales dispersas y agrupadas que tienen menos de 2000 habitantes y que se encuentran distribuidas en el territorio del Departamento.

Tabla 13 Población total según área urbana /rural agrupada /rural dispersa

Comuna	Total de Población	Áreas Urbanas	Áreas Rurales Agrupadas	Áreas Rurales Dispersas
Alto de los Quebrachos	268	0	161	107
Bañado de Soto	941	0	466	475
Cruz de Caña	352	0	130	222
Guanaco Muerto	554	0	320	234
La Batea	180	0	96	84
La Higuera	411	0	404	7
Las Cañadas	272	0	149	123
Las Playas	962	0	937	25
Los Chañaritos	564	0	311	253
Media Naranja	936	0	800	136
Paso Viejo	1.033	0	1.033	0
Tuclame	907	0	907	0

Nota: INDEC 2010

El Sistema de Salud de las Comunas en general se limita, en cada una de ellas, a un Puesto Sanitario donde se realizan las inmunizaciones, se reparte la leche que provee la Provincia y los remedios del Programa Remediar + Redes. Se trata de edificaciones adaptadas a la función, algunas de ellas son edificios precarios, con un mantenimiento relativo y algunas otras fueron construidas

con aportes nacionales y criterio sanitario, dependiendo esto último de la línea partidaria de cada Comuna. En general cuentan con la atención de una auxiliar de enfermería algunas horas durante los días de semana y con atención médica entre 1 a 3 veces por semana, durante 4 horas. Se manejan las patologías que se consideran de urgencia con traslados al Hospital Regional en la mayoría de los casos con algún vehículo de la Comuna, o particular.

De las 12 Comunas que tiene el Departamento, sólo la Comuna de Bañado de Soto cuenta con ambulancia equipada para traslado de pacientes.

Cada una de las Comunas tiene realidades muy diferentes.

La Comuna de las Cañadas se encuentra en la Pedanía Candelaria del Departamento Cruz del Eje, a 35 Kms de la ciudad más próxima, y se accede a ella por un camino de ripio en el faldeo de las sierras grandes.

Pertenece a las llamadas zonas grises y tiene un radio de cobertura de 2000 Km², aproximadamente.

Cuenta con una población de 272 habitantes, 149 en Áreas Rurales Agrupadas y 123 en Áreas Rurales Dispersas. (Censo Poblacional 2010)

Recursos Físicos: El Sistema de Salud de la Comuna cuenta con dos consultorios montados en el edificio del C.I.C. (Centro de Integración Comunitaria), construido como parte de un Programa a nivel Nacional que se logró implementar.

A través del mismo programa se enviaron al Centro de Salud siete computadoras y un video-colposcopio en el año 2009, con el inconveniente de que la Comuna no cuenta con luz eléctrica, y si bien tienen un generador, el costo de su puesta en marcha implica un gasto difícil de solventar. El gobierno Provincial se comprometió a dar la luz. En el momento de la entrevista con el

Jefe Comunal, en enero de 2016, ya se había realizado el cableado, estaban a la espera de que se termine la obra.

No cuentan con ambulancia. Se movilizan con una camioneta que corresponde al C.I.C.

Recurso Humano: El Puesto Sanitario cuenta con la atención de una enfermera, la que toma la T.A., vacuna e indica y reparte los medicamentos. No realiza inyecciones I.V., ni coloca vía de canalización.

Cada 15 días viene un médico del programa de Médicos Comunitarios desde la localidad de San Marcos.

Ocasionalmente atiende una Ginecóloga, a quién se le paga \$ 1.000 por el día de trabajo, pero no tiene otros recursos. Se solicitó a la Provincia: Odontólogo, Médico Clínico y Enfermera, hasta la fecha no se obtuvo respuesta. Apparently va a contar con otro personal médico a través del Programa Familia Rural Sana.

El Sistema de Salud Comunal no cuenta con una real articulación con el Sistema de Salud Provincial, a través del Hospital Regional, como tampoco con el nivel municipal más próximo. Las derivaciones se realizan con la camioneta de la Comuna al Centro de Salud más próximo o que los reciba, pero no hay convenios, protocolos, ni acuerdos previamente establecidos.

Recursos Financieros: F.O.F.I.N.D.E. (Fondo Financiero para los Organismos Descentralizados): \$ 19.000 por mes. Pagaron por último en el año 2015.

Pacto Sanitario: \$ 8000 por año hasta el 2008.

Fondo Permanente de la Soja: en 2015, le dieron \$ 1.500.

F.O.D.E.M.E.E.P. (Fondo para Descentralización del Mantenimiento de Edificios Escolares Provinciales): no recibieron nada.

Coparticipación por Número de Habitantes: le pagaron: \$ 45.000 el primer semestre de 2015 y \$30.000 el segundo semestre, haciendo un total anual de \$70.000. El pago se efectivizó en el año 2015.

A.T.P. (Ayuda del Tesoro Provincial): \$15.000, en 2015.

Programa de Adultos Mayores: pagaron hasta 2013.

Cuentan con los Programas Nacionales: Remediar + Redes y Familia Rural Sana.

El Sistema de Salud Comunal no realiza ninguna gestión para el recupero de gastos y tampoco cuenta con Registros Epidemiológicos.⁸

La Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPyPS), dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba ha trabajado y está trabajando activamente en lo que es su misión principal, “gestionar las propuestas de múltiples programas y proyectos provinciales y nacionales, orientados a lograr y mantener la calidad de vida y la salud de individuos, grupos y comunidades.” (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba).

Gracias a este trabajo, es que se intenta mejorar la equidad y accesibilidad al Sistema de Salud del deteriorado y empobrecido Noroeste Cordobés. Así es como a través del Programa Remediar+Redes se han logrado 292 efectores de Salud trabajando en el fortalecimiento de Redes de Salud dentro del

⁸ *Entrevista de la autora con el Sr. Alejandro Cortéz Jefe Comunal. Ver en Anexo*

Departamento, como también poner en marcha 17 módulos de SIGIPSA (Sistema Integral para la Gestión de Información de Programas de Salud) como plataforma del sistema de registro. Se consolidaron los Nodos de Salud Traslasierra Sur, Traslasierra Norte y Cruz del Eje/Minas. Está prevista la instalación de un nuevo laboratorio en Villa de Soto, como también un Plan de inversión para la readecuación de los Servicios de Salud con la compra y distribución de equipamientos e insumos.

Está en marcha el Programa Municipios y Comunas Saludables (MyCS) a fin de integrar las políticas de promoción de la salud a las agendas locales y la coordinación de las acciones con el resto de programas a diferente nivel jurisdiccional.

El 17 de noviembre de 2014, el Ministerio de Salud de la Provincia, lanzó el Programa Familia Rural Sana “*Córdoba llega*”, “cuya misión es garantizar una atención sanitaria oportuna, asequible y de calidad en parajes y zonas rurales del noroeste cordobés. Sus destinatarios son familias que habitan en parajes y zonas rurales alejadas de centros asistenciales. Se articularon las actividades con diversos programas e instituciones provinciales como: Área Epidemiología, Remediar+Redes, Hospital Aurelio Crespo, Instituto Provincial de Odontología, Programa Sumar, Dirección de Maternidad e Infancia, Unidad de Salva Guarda Indígena, Maternidad y Paternidad Responsable, Programa FESP II(Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública, Ministerio de Salud de la Nación), PROCORDIA (Programa Provincial Córdoba Diabetes), Dirección de Protección y Promoción de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), PPM (Programa Provincial de Medicamentos), Farmacia, Derivación de Pacientes, Programa Provincial de Chagas, Programa HIV/SIDA

e ITS(Infecciones de Transmisión Sexual), Programa Municipios y Comunas Saludables, Ministerio de Educación, PAICOR (Programa de Asistencia Integral de Córdoba), Red de Violencia, Movimiento Campesino de Córdoba, Asistencia en Situación de Inundación en Idiazábal.” (Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, informe 2015).

A fin de tener datos más preciso sobre la forma en que se implementó este Programa se realizaron entrevistas con la Dra. Camila Recalde y el Dr. Sergio Serednicki, ambos pertenecientes al Movimiento Campesino e integrantes del Programa de Familia Rural Sana “*Córdoba Llega*”.

Ellos explicaron que la Región fue dividida en 4 Zonas; a cada Zona está previsto que vaya un Equipo o Brigada y cada una de ellas cuenta con un Médico, una Enfermera, un Odontólogo, un Asistente Odontológico, un Chofer y un Administrativo. Se movilizan en una Camioneta, una Tráfico y un Móvil Odontológico y hay un quinto equipo de apoyo y coordinación. Se realizan visitas mensuales a 25 parajes y se han previsto reuniones mensuales de evaluación y coordinación con el Hospital Regional de Cruz del Eje.

La estrategia es realizar Visitas Domiciliarias y Geo- Referenciales y hacer Epidemiología Comunitaria y Cartografía, además de Control de Salud Escolar.

El Dr. Serednicki nos decía que de acuerdo a su criterio, hay superposición de acciones entre Nación, Provincia y Municipios, por lo que indefectiblemente se desperdician recursos. Además considera necesario dictar cursos de Educación para la Salud y Capacitar el Recurso Humano, para lograr eficacia y eficiencia en la implementación del Programa.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue evaluar en el Departamento Cruz del Eje de la Provincia de Córdoba, el impacto que generó la puesta en marcha del Decreto Nacional N°578/93 que reguló la Descentralización Hospitalaria y el surgimiento de Hospitales de Autogestión. Esto trajo aparejado la autonomía del Sistema de Salud dentro de dicho Departamento Provincial, para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios.

La autonomía es un valor positivo que está en estrecha relación con la independencia y la libertad, pero también con la responsabilidad, lo que le confiere a la Institución Hospitalaria independencia en lo administrativo y financiero, pero sujeción a la ley en materia de gobierno, y por ende a un control permanente por parte del Estado Provincial.

Sin duda la Legislación vigente en la Provincia de Córdoba garantizó, en ese momento, una autonomía vigorosa en todos sus aspectos: institucional, político, económico, financiero y administrativo, para Municipios y Comunas. Lamentablemente se comprobó en este estudio que la reglamentación y puesta en práctica de lo decretado no se vio reflejada en la actividad del Sistema Sanitario.

La descentralización implementada en medio de una crisis financiera provincial produjo un verdadero estallido del Sistema Público de Salud.

Hubo serias dificultades para crear una Red Sanitaria, que es la estructura en la que debería basarse el Sistema, y por ende facilitar articulaciones interjurisdiccionales, respuestas escalonadas y progresivas y una división del trabajo y de las responsabilidades. A 20 años de finalizado el proceso de

municipalización de efectores sanitarios, no se logró en ese momento, a nivel provincial ni regional, consensuar un acuerdo que establezca para cada uno de los actores los márgenes dentro de los cuales debe prestarse el servicio de salud a su cargo, esto dependía, de la decisión política del Intendente al respecto, lo que limitaba la atención de las zonas grises próximas al Centro de Salud para evitar gastos. Es la figura del Intendente con su historia, sus valores, sus principios, sus intereses, en el marco de un particular entramado institucional la que perfilaba la oferta de salud local. La política de salud así adquiriría un nivel de discrecionalidad llamativo.

Por entonces se consolidaron modelos de trabajo centrados en la demanda espontánea, y muy poco trabajo comunitario. La promoción de la salud o la prevención, en estos términos, estuvo limitada a muy escasas intervenciones, es por ello que el Programa Familia Rural Sana “*Córdoba llega*”, implementado a partir de noviembre de 2014, despertó muchas expectativas, sobre todo en los Parajes y en las Zonas Rurales y Comunas de difícil acceso, que se sentían, y estaban abandonadas de la Mano de Dios; precisamente esos lugares muy bellos de nuestras serranías, donde reinó siempre la paz y el abandono y dónde podía llegar a ser muy peligroso vivir, tan sólo por el hecho de haber nacido en un lugar sanitariamente desprotegido.

A pesar de que a nivel central, en el Gobierno Provincial estuvo diagramado el circuito de referencia y contrarreferencia que debía seguir cada paciente en cada lugar de la provincia, esto no logró por entonces plasmarse en un funcionamiento consensuado y ágil. Por el contrario, la falta de criterios establecidos o el no reconocimiento de los mismos, hicieron que la red de derivaciones se ponga en marcha en base al amiguismo, las relaciones

políticas o el voluntarismo de los actores intervinientes en cada ocasión, tal como quedó reflejado en las diferentes entrevistas realizadas. Una importante dificultad en el sistema de referencia y contrarreferencia en ese momento era la sobrecarga de demanda que recibían los hospitales regionales de mayor complejidad. Otra razón que aparecía como elemento para dificultar la organización de la Red Sanitaria, era la profunda subestimación que sufrían los médicos e integrantes del Equipo de Salud de las ciudades y comunidades pequeñas, por parte de los profesionales de los grandes hospitales regionales.

La descentralización, en el caso de la salud, se ha caracterizado por haber colocado a la política sanitaria en una relación de mucha mayor dependencia del poder político local. La discrecionalidad, el asistencialismo y la clientelización pasaron a ser elementos constitutivos centrales de las políticas de salud locales. Es así como los integrantes del Equipo de Salud, en esos términos, tenían una dependencia política, funcional y financiera directa con el Intendente. Existía además, un consenso general a nivel local acerca de que la política de salud se transformó en un eslabón central de cualquier estrategia de legitimación política. Los servicios que se prestaban en un Centro de Salud, y la forma en que se lo hacía, podían determinar los resultados de una elección local.

A nivel financiamiento, la dependencia con el Intendente en ciudades pequeñas y comunas por entonces era total, es él quien manejaba y distribuía todos los recursos. Otra dificultad para transparentar *“como”* y *“cuánto”* gastaba el Sistema de Salud fue la falta de registros, la imprecisión de los sistemas de información y las múltiples fuentes de recursos (nacionales, provinciales, municipales y comunitarios). En cuanto al Recupero de Gastos, si

bien se hubiera podido administrativamente mejorar, existieron varios factores que entorpecieron su buen funcionamiento. El primero de ellos era la falta y el retaceo de los pagos por las facturaciones efectuadas a las distintas Obras Sociales, las que a pesar de hacerse los reclamos establecidos en las legislaciones y reglamentaciones, procedimientos, etc. no se lograba su efectivo cumplimiento. Otro factor fundamental fue el Recurso Humano que no estaba capacitado para hacerlo de manera eficiente, si bien recibían capacitación periódica en el Ministerio de Salud, pero ésta estaba siempre limitada a una o dos personas y nunca tuvieron auditorías en terreno para evacuar dudas y evaluar calidad. No se llevaban los Registros Estadísticos ni Epidemiológicos de una manera correcta y constante, lo que dificultaba el quehacer diario e impedía tener criterios objetivos para la toma de decisiones político-sanitarias. La ausencia de datos resultó un problema grave para mejorar la eficiencia de los procesos que se requerían para llevar a cabo cualquier gestión.

Por otro lado, no se cumplía con lo que establece la ley en cuanto al estímulo que el personal del equipo de salud debía recibir. En otros términos, se sentían mal tratados y en general desmotivados y desvalorizados, por que básicamente les habían cambiado sus situaciones laborales. Al producirse la descentralización, la Provincia transfirió a los Municipios sólo personal permanente y en ese momento éstos, los Municipios, iniciaron un lento pero constante proceso de transformación de las condiciones de contratación del personal de los establecimientos sanitarios, a fin de evitar la situación de relación de dependencia, precarizando las fuentes de trabajo haciéndolas aún

más dependientes del poder político que tenía la posibilidad de renovar o no, los contratos y de esa manera comprar voluntades.

Otro elemento que lamentablemente faltó en este proceso de Descentralización es la alineación de la planificación estratégica, el presupuesto, el monitoreo y la evaluación para una real Gestión para Resultados.

Volviendo al Objetivo Específico de este trabajo, los Municipios, Comunas y pequeños parajes del Nor-Oeste Cordobés contaron con autonomía en su gestión, pero no le fueron proporcionados los elementos que necesitaron para hacer de ella un factor determinante que permita gestionar con calidad la Salud de la Población.

Cabría esperar que una transformación institucional como la que se implementó, se vea acompañada por cambios políticos que sólo pueden ser impulsados por líderes convencidos de la necesidad de innovar. De esta manera se lograrían los verdaderos lineamientos marcados por la Ley de Descentralización y posteriormente el Decreto de Autogestión Hospitalaria. La voluntad política junto con la capacidad gerencial, lograrían realizar un proceso gradual, a fin de lograr un clima organizacional adecuado y la revalorización del poder-hacer de cada comunidad, que es finalmente el objetivo principal de la descentralización, lograr la autonomía local de manera real y sostenida en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- AHUMADA J., MIRETTI L. (1993) *“Seguimiento de Servicios de Salud Descentralizados”*. Córdoba.
- ALMEIDA, Cella. (1995) “Reforma del Estado y Reforma del Sistema de Salud” Cuadernos Médicos Sociales, N° 78, pág.33, Buenos Aires
- ANGELOZ Eduardo César. (1993).Difusión A B. Córdoba .Eduardo Angeloz en “La Reforma Democrática en el Estado Provincial”. Córdoba: Difusión AB; 1993
- ASE Iván. (2006) *“La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal”* Salud Colectiva, Buenos Aires (2), pág. 199-218.
- BELMARTINO S. y BLOCH C. (1994) El Sector Salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. OPS/OMS *Representación Argentina, Publicación N° 40*, 359-379. Buenos Aires,
- BOLETÍN OFICIAL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. ARCHIVOS.
- DEATON ANGUS (2015) El Gran Escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Edición
Del Tricentenario.

GARCÍA DELGADO, Daniel R. (1994). *Estado y Sociedad. La nueva relación a partir del cambio estructural*. Buenos Aires, Argentina: TESIS- Grupo Editorial NORMA S.A.

GAGLIANO Ernesto, ROSENFELD Arnoldo, TILLEA Teresa (Julio, 1989).
Fundamentos de la Propuesta de descentralización y desconcentración de la Atención Estatal en Salud en Córdoba. *Administración Pública y Sociedad iiFAP*, (3), 151-152.

GARCÍA, N. (2008). *Descentralización del sector de la Salud. Hospitales públicos de Autogestión*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Argentina.

GARCÍA MORENO Mauricio, GARCÍA LÓPEZ, Roberto. (2011) *“Gestión para resultados en el desarrollo en gobiernos subnacionales”*

INDES: Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social. BID-
Módulo I- Gestión para resultados en el ámbito público. Pág.:1-79

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. Portal de Noticias de la
página web editada el 23 de abril de 2012.

GONZÁLEZ GARCÍA Ginés & TOBAR Federico. 1999. *Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Segunda edición. Ediciones ISALUD. Buenos Aires

GRAGLIA Emilio, RIORDA Mario (2006) *.Desarrollo, Municipalismo y Regionalización: un triángulo virtuoso. El caso Córdoba*. Editorial de la U.C.C. Córdoba,

HERNÁNDEZ Antonio M. (2006) *“Las violaciones de la autonomía municipal en Córdoba”*. Foro de Córdoba. Año XVII, N° 10, 25-39.

INDEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo Nacional de la Población. 2010.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1990). *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*. Editorial Alianza. México.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN (1996) Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. Marcelo Kohan, impresión y diseño. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. Departamento Central de Estadísticas- Dirección General de Sistemas de Información. (2014). Córdoba.

WIKIPEDIA, LA ENCICLOPEDIA LIBRE. 15 sep 2020 (Salud en Argentina;

Recuperado el 15 de septiembre de 2020 de Salud en Argentina:

https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_Argentina,)

Entrevista Dra. Luján

2/12/2015

Directora Hospital Regional Aurelio Crespo

Cruz del Eje

Antigüedad en el cargo: 8 años.

1. ¿Considera que se ha logrado una real implementación de la Descentralización Hospitalaria en la Institución?

R: Sí, por supuesto. Lo que nosotros hacemos es el Hospital de Autogestión, con el Recupero de Gastos.

E: Bueno, ese es uno de los elementos...

R: Es el que nosotros hacemos....

2. ¿El Hospital está inscripto en el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión?

R: Sí, por supuesto...

3. ¿Cuál cree que son las principales ventajas que ofrece la Descentralización Hospitalaria?

R: El recupero de gastos.

4. ¿Cuáles son los principales problemas y restricciones a enfrentar?

R: Los de toda Institución....

5. ¿Ud. Cree que el proceso de descentralización fue implementado en las Instituciones, por parte del Gobierno Provincial, de una manera correcta y que ayuda a mejorar la eficacia y eficiencia?

R: Sí, por supuesto.

6. A su criterio, ¿cuál fue la verdadera motivación del Estado para llevar a cabo el proceso de descentralización?

R: Y.... un poco fue económico y otro para mejorar la eficiencia.

7. ¿Considera que la Descentralización ha mejorado sensiblemente las siguientes características de los Servicios de Salud?

- Cobertura
- Accesibilidad
- Equidad Distributiva
- Productividad
- Calidad

R: A todos los ítems, la entrevistada respondió: un poco si, hacemos lo que podemos.

8. ¿Cree que habría otras formas alternativas a la descentralización para lograr esos cambios?

R: En este momento no, estamos en un momento de cambios y "eso" es lo que tenemos.

9. ¿Cree que existen en el Estado Provincial Recursos Humanos capacitados y suficientes para llevar a cabo el proceso de descentralización? ¿Cree que la comunicación externa e interna estuvo bien hecha? ¿Han existido problemas laborales con los trabajadores motivados por el proceso de descentralización?

R: Recursos Humanos capacitados hay, a lo mejor no se han distribuido de manera uniforme, por eso de que nadie quiere venir al interior del interior.

La comunicación estuvo bien hecha, hemos insistido mucho con la gente de facturación para capacitar a los médicos para que completen las Historias Clínicas.

Sí, la gente lo interpretó inicialmente cómo que se iba a tratar de una tercerización y tuvo miedo hasta que se les pasó.

10. ¿Qué porcentaje de los costos del Hospital se logran cubrir con el recupero de gastos?

R: El recupero es excelente, se cubre alrededor de un 70% de los gastos.

11. ¿Qué perspectiva avizora para el proceso de descentralización de Servicios de Salud en el país y por qué?

R: Yo creo que la descentralización es buena, va a continuar, esperemos ver lo que pasa con el nuevo gobierno.

12. ¿Cuál es el grado de participación que los niveles municipales tienen en la planeación de los Servicios de Salud?

R: Nosotros somos un Hospital Provincial y no trabajamos con el Área de Salud de la Municipalidad.

13. ¿La Atención Primaria y la Promoción la realiza la Municipalidad?

R: Nosotros entregamos la leche, hacemos inmunizaciones, y atención médica de acuerdo a la demanda, que es mucha.

14. ¿Reciben periódicas visitas del Ministerio?

R: Más bien son protocolares eso sí, nosotros viajamos mucho a reuniones a la Capital.

15. Espacio para agregar cualquier comentario que el funcionario entrevistado juzgue de interés.

Entrevista al Contador del Hospital Aurelio Crespo
Cruz del Eje Sr. Carlos Artaza
14/12/2015

1. ¿Qué porcentaje de la población atendida en el Hospital cuenta con Obra Social?

R.: Alrededor del 30% al 40%.

2. ¿Cuál es la Obra Social que predomina?

R.: PAMI y APROSS.

3. ¿En qué medida se efectivizan los cobros?

R.: El 80% de PAMI se factura por ASSISO, qué paga lo que quiere....
(Sic). APROSS, paga cuando quiere.... (Sic).

4. ¿Qué porcentaje de PROFE hay? ¿Se factura?

R.: No tenemos registro del porcentaje de pacientes que cuentan con PROFE, porque no se factura, porque no pagan; se consideran como pacientes sin cobertura.

5. ¿Se factura el Plan SUMAR?

R.: Sí, se factura, pero hace 6 meses que no pagan.

6. ¿Dentro de los costos del Hospital, que porcentaje cubre el Recupero de Gastos por Autogestión?

R.: No llega al 20%.


Dr. Carlos Artaza
ADMINISTRADOR
HOSPITAL AURELIO CRESPO

7. ¿Recibe el FOFINDE?

R.: Sí.

8. ¿Está implementado un incentivo al personal, de acuerdo a lo dispuesto por la ley de Autogestión Hospitalaria?

R.: No, nunca alcanza.



Dr. GONZALO AGUIRRE
ADMINISTRADOR
HOSPITAL AGUIRRE

Entrevista a la Jefa de Facturación del Hospital Aurelio Creso- Cruz del Eje. Sra. Maricela Heredia. (03549-15461596)

14/12/2015

1. ¿Cómo está organizado en el Hospital, el proceso de Facturación?

R.: Desde el año 2007 se utiliza el Programa M.H.O. implementado por la Empresa Colector-Salud. (El Sistema de Facturación y Pago está tercerizado).

2. ¿Cuántas personas trabajan en el proceso?

R.: Jefa: 1

Plan Sumar: 3

Obra Social: 2

Empresa Colector-Salud:1 (viene de Córdoba 3 veces por semana).

3. ¿Han tenido algún tipo de resistencia por parte del personal, para efectivizar el proceso de facturación?

R.: Sí, el problema está en los médicos, que no completan las Historias Clínicas.

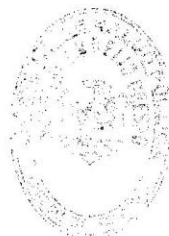
4. ¿Considera que se les dio capacitación suficiente, qué no falló la comunicación interna?

R.: No, para nada, se les dio varios cursos de capacitación.

5. ¿Tienen un Departamento de Auditoría Interna?

R.: No.

6. ¿Qué porcentaje de prestaciones calcula Ud. que por una u otra razón, no se factura?



Maricela Heredia
Jefa de Facturación
Hosp. Aurelio Creso

R.: Alrededor del 7 al 10%.

7. ¿Tienen, Ud. o su personal a cargo, algún tipo de incentivo por el proceso de facturación?

R.: No, ninguno.




Nombre: [illegible]
Código: [illegible]
Fecha: [illegible]

sisi -hospital aurelio creso



claudia susana romero

Lun 21/12/2015, 03:06 PM

CONSULTAS POR ESPECI...

16 KB



Mostrar los 3 datos adjuntos (56 KB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive

hola doc envío información. Confirmar si recibió la misma bs



María Teresita Franco

Lun 21/12/2015, 03:15 PM

Sisi, me llegó perfecto.... Mil gracias
Perdoname, me quedó una duda, allí está lo del
hospital Neuropsiquiátrico? Gracias.



claudia susana romero

Mar 22/12/2015, 09:16 AM

buen día doc.
noooo lo del neuro nada. lamentablemente no
tengo acceso a esa parte. ESTANNN en vias de
organizacion. OSEA jaja.un abrazo



francomariateresita@hotmail.com

Mar 22/12/2015, 02:38 PM

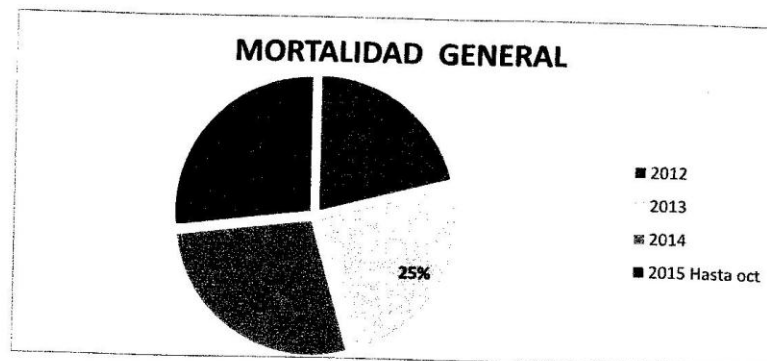
clausuro@yahoo.com.ar;

Gracias Sisi!!!! Sos un amor..... Felices Fiestas!!!!!!

Enviado por Outlook para Android

<https://outlook.live.com/mail/#!/AQMKADAwATZiZmYAZC04OTc4LTQxYTU0MDACLTAwCgAuAAADd8P0x%2FH8Ek6U7ekhsO6vXgEAKBA8%2BK%2F...> 1/2

TASA DE MORTALIDAD GENERAL	
2012	1,58%
2013	1,87%
2014	2,09%
2015 Hasta oct	2,03%



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	
2012	0,00%
2013	4,30%
2014	18,28%
2015 Hasta oct	12,13%



NUMERO DE CONSULTORIOS

PEDIATRIA	2
VACUNACION	1
TRAUMATOLOGIA	1
SERVICIOS SOCIAL	1
ODONTOLOGIA	2
CLINICA MEDICA	3
CIRUGIA	1
SALUD MENTAL	1
PSICOLOGIA	1
CURACIONES	1
TOTAL	14

NUMERO DE CAMAS

Servicio	Nº de Camas
Neonatología	11
Pediatría	17
Tocoginecología	24
Cirugía	10
Traumatología	8
Clínica Médica	28
Cardiología	6
U.C.I.	4
Shock Room	3
Guardia	3
	114

NUMEROS DE MEDICOS: PLANTA PERMANENTE : 45
CONTRATADOS: 27

NUMEROS DE ENFERMEROS: PLANTA PERMANENTE : 64
CONTRATADOS: 74

NUMERO DE ODONTOLOGOS: 1

NUMERO DE CONSULTAS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDADES	2012	2013
CIRUGIA	1072	812
CONSULTORIO EXTERNO	55286	48961
ECOGRAFIAS	4319	3174
ELECTROCARDIOGRAMAS	1125	2587
FONOAUDIOLOGIA	1825	1144
KINESIOLOGIA	7116	6485
LABORATORIO	57796	61989
NUTRICION	456	465
ODONTOLOGIA	14483	11505
PAP	340	335
PSICOLOGIA	1935	1712
RAYOS	10351	9082
SERV. SOCIAL	1830	2650
NEUROLOGIA *		166
OFTALMOLOGIA *		423
ONCOLOGIA *		67
ANAT. PATOLOG *		90

* Especialidades incorporadas posteriormente

NUMERO DE UNIDADES DE PRIMER NIVEL

DEL DTO. CRUZ DEL EJE : 17 Puestos Sanitarios + C.I.C.

ALTO DE LOS QUEBRACHOS

BAÑADO DE SOTO

LA BATEA

CRUZ DE CAÑA

EL BRETE

GUANACO MUERTO

IGLESIA VIEJA

LA HIGUERA

LAS PLAYAS

LOS CHAÑARITOS

MEDIA NARANJA

PASO VIEJO

SAN MARCOS SIERRAS

SERREZUELA

TUCLAME

VILLA DE SOTO

C.I.C.

La Rinconada

El Arroyo

Pte. Peron (La Banda)

Villa Elaine(Detrás Carcel)

La Toma

San Antonio

La curva

Los Altos

DEL DTO. MINAS : 11 Puestos Sanitarios

AGUA DE RAMON

CIENAGA DEL CORO

GUASAPAMPA

PIEDRITA BLANCA

SAN CARLSO MINAS

TOSNO

LA ARGENTINA

EL CHACHO

EST. GUADALUPE

TOSNO

EGRESOS HOSPITALARIOS

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
2012	323	280	302	298	363	292	274	390	315
2013	349	299	279	305	352	340	312	343	351
2014	325	311	315	333	321	285	354	342	349
2015	387	306	355	345	324	319	362	306	326

OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
336	305	318
405	369	359
365	358	328
336		

Entrevista Dr. Ontiveros Marcelo Cruz del Eje, 28-01-16

Director del C.I.C., Cruz del Eje

Antigüedad en el cargo: 40 días.

1. ¿Ud. Cree que el proceso de descentralización fue implementado en las Instituciones, por parte del Gobierno Provincial, de una manera correcta y que ayuda a mejorar la eficacia y eficiencia en salud?

R: Creo que fue básicamente una medida presupuestaria, aunque ayuda a mejorar la cercanía de la demanda.

2. ¿A su criterio, cuál fue la verdadera motivación del Estado para llevar a cabo el proceso de descentralización?

R: Económico.

3. ¿Considera que se ha logrado a nivel del Sistema de Salud Municipal una real y efectiva articulación con el Sistema de Salud Provincial y con el Hospital? En caso contrario díganos por qué cree que no se logró.

R: En la última década, no hubo ningún tipo de articulación, ni siquiera diálogo; la razón fue la diferencia de partidos políticos. El Intendente fue Radical y el Gobierno Provincial, Peronista.

4. ¿Considera que la Descentralización ha mejorado sensiblemente las siguientes características de los Servicios de Salud?

R: Cobertura: no

Accesibilidad: no

Equidad Distributiva: no

Productividad: no

Calidad: no

5. ¿El Sistema de Salud Municipal está incluido en el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión?

R: No sé, supongo que sí.

6. ¿Qué porcentaje de los costos del C.I.C. se logran cubrir con el recupero de gastos?

R: Desconozco.

7. ¿Cree que existen en el Estado Provincial y Municipal, Recursos Humanos capacitados y suficientes para llevar a cabo el proceso de descentralización? ¿Cree que la comunicación externa e interna estuvo bien hecha?

¿Han existido problemas laborales con los trabajadores, motivados por el proceso de descentralización?

R: Sé que se han efectuado numerosos encuentros para informar y trabajar el tema de R.R.H.H. en Salud, pero por el escaso tiempo desde

que me hice cargo de la gestión, no sé concretamente como se ha manejado el tema.

8. ¿Qué perspectivas avizora para el proceso de descentralización de Servicios de Salud en el país y por qué?

R: Es un sistema que ya está incorporado y no se va a volver atrás, hay que adaptarse.

9. ¿Cuál es el grado de participación que los niveles municipales tienen en la planeación de los Servicios de Salud?

R: No sé, pero creo que es muy escaso.

Espacio para agregar cualquier comentario que el funcionario entrevistado juzgue de interés.

R: Considero que tengo muy poco tiempo en la gestión como para poder emitir otra opinión.

Solicitar datos relativos a:

Condiciones de Salud:

Tasa de mortalidad general: no tiene datos.

Tasa de mortalidad infantil: no tiene datos.

Esperanza de vida: no tiene datos.

Servicios de Salud:

Número de camas: no tiene internación.

Egresos hospitalarios: no tiene internación.

Vacunaciones por mil habitantes: no tiene datos.

Recursos Disponibles:

Número de unidades de Primer Nivel o Puestos Sanitarios: 8

B° La Rinconada.

B° El Arroyo.

B° Pte. Perón (La Banda).

B° Villa Elaine (detrás de la Cárcel)

B° La Toma.

B° San Antonio.

B° La Curva.

B° Los Altos.

Número de consultorios: no sabe.

Número de camas: no cuentan con internación.

Número de médicos: 6 ó 7

Número de enfermeros: no sabe.

Número de Promotores: no sabe.


Número de Odontólogos: no sabe.

Presupuesto en relación a Población Abierta: no sabe, lo maneja el Intendente.

Cobertura: no tiene datos.

Condiciones Económicas, Sociales y Políticas de la Sociedad.: no tiene datos.

R: No tiene datos Epidemiológicos, ni Registros, no le entregaron datos de la gestión anterior.


Entrevista al Dr. ~~Ricardo~~ Amaya

Director del Hospital de Serrezuela

19/1/2016

Dr. Carlos Alberto Amaya
M.P. 18439
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PANZERI
SERREZUELA

1. ¿Población a la que presta Servicios el Hospital que Usted Dirige?

- Urbana: (Ciudad de Serrezuela): 4.000 habitantes.
- Rural: 2.000 habitantes.
- El radio de cobertura que tiene el Sistema de Salud de la ciudad de Serrezuela, está determinado de la siguiente manera: - Dentro del Departamento Cruz del Eje: El Ejido de la Pedanía Pichana y el Nor-Oeste de la Pedanía Cruz del Eje. - Fuera del Departamento Cruz del Eje: el Norte del Departamento Minas y las poblaciones y Zona Rural de la Provincia de La Rioja que limitan con el Departamento Cruz del Eje (Ej.: El Chacho). Lo que equivale a 1.125km cuadrados (25km cuadrados de zona urbana y 1100km cuadrados de zona rural), a lo que sería importante agregar que se trata de serranía, con caminos de ripio o senderos que dificulta terriblemente la accesibilidad y donde habitan alrededor de 500 personas.

2. ¿El Hospital está inscripto en el Registro Nacional del Hospital de Autogestión?

Tengo entendido que sí. Sólo se factura PAMI. El resto no paga. Facturar las otras Obras Sociales es gastar recursos inútilmente.

3. ¿Qué porcentaje de los costos se cubren con la facturación?

Desconozco, eso lo maneja el Intendente.



Dr. Carlos Alberto Amaya
M.P. 18439
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PANZERI
SERREZUELA

4. ¿Cuáles son las Enfermedades prevalentes que encuentran en la población?:

En la Infancia: Enfermedades infecciosas, las enfermedades de la pobreza.

En los adultos: Diabetes, H.T.A., Artrosis. Poco Cáncer (no tienen estrés).

Se internan sólo casos clínicos y tenemos un alto índice de derivación hacia el Hospital Regional de Cruz del Eje.

5. ¿Se elaboran Estadísticas?

No, se hicieron en un tiempo, pero cuando se jubiló la persona que sabía hacerlas, hace aproximadamente 20 años, no se hacen más. Se dibujan las Estadísticas para cumplir con los requisitos del Hospital Regional y muchas veces se olvidan de enviarlas.

6. ¿El Hospital cuenta con Historia Clínica unificada?

No, no tenemos Archivos, ni Historia Clínica.

7. ¿Se realiza Relevamiento Poblacional?

Sí, (aquí el Dr. se entusiasma).... Lo realizo yo mismo, porque me interesa....hay mucha promiscuidad y hacinamiento.... Llevo unas planillas manualmente que luego vuelco a la computadora, estoy un poco atrasado porque no tengo tiempo. Allí anoto por manzana quien vive, qué enfermedades tiene, los nacimientos, etc... No cuento con Secretaria, Asistente Social, ni Agentes de Salud; no logro que lo acepte el Concejo Deliberante.


Dr. Carlos Alberto Amaya
N.º 18439
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PÁEZ
Cruz del Eje

No puedo precisar los porcentajes de indigencia, ni pobreza, estimo que alrededor del 90% de la población es pobre y vive de pensiones y planes sociales. Considero que la mayoría de las pensiones y jubilaciones fueron otorgadas por política. ("Hace 10 años teníamos 200 chagásicos y ahora tenemos más de 2.000").

8. ¿Con qué Programas Nacionales cuentan?

Con todos. Los maneja el Municipio.

9. ¿Con que Programas Provinciales cuentan?:

Con todos. Los maneja el Municipio.

Dentro de los Programas Provinciales está el de Familia Rural Sana, lo maneja una Organización Nacional (APENOC), a la que no le permito el acceso, porque considero que no respetan a las Instituciones y tienen una marcada tendencia política.

10. ¿Cómo es el Financiamiento? ¿Reciben FOFINDE, Pacto Sanitario, Fondo Permanente de la Soja, Co-participación, ATP, ATN?

Creo que sí, pero eso lo maneja el Intendente. El Hospital no cuenta con Caja Chica.

11. ¿Qué acciones de Promoción, Prevención y Atención Primaria realizan?:

Ninguna.

12. ¿Cuenta el Sistema de Salud con Centros Sanitarios?

No.

Dr. Carlos Alberto Amaya
M.P. 18438
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PAZ
1992

13. ¿El Hospital está Habilitado por el Ministerio de Salud de la Provincia?
No.

14. Estructura Edilicia:

Salas de Internación: 2, (1 de varones, y 1 de mujeres).

Baños: 4, (1 en cada una de las salas y 2 en sala de espera).

Camas de Internación: 12.

Dormitorio del Personal de Guardia: 1.

Cocina: 1. Lavadero: 1.

15. Ambulancias: 2, (Sólo una cuenta con equipamiento para traslados de Urgencia).

16. Recursos Humanos:

Selección del Personal, por decisión del Intendente.

Médicos: Dr. Amaya, efectivo. Monotributistas: 2

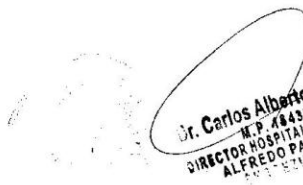
Bioquímica: 1 (1 vez por semana) Monotributista.

Técnico Radiólogo: 1 (1 vez por semana) Monotributista.

Enfermeras: 3 efectivas, heredadas de la Provincia y 6 con contratos renovables cada 3 meses.

Auxiliares: 3

Choferes: 2


Dr. Carlos Alberto Amaya
M.P. 48439
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PANTERI
ENT. 12000

17. ¿Tiene Cooperadora? : No.

18. ¿El CIC, cómo funciona?

Hacen inmunizaciones y vienen algunos especialistas, Nutricionista, Ginecólogo, Pediatra, ocasionalmente. Lo manejan desde la Municipalidad y no trabaja en forma articulada con el Hospital.

19. ¿Lo visitan desde el Ministerio de Salud de la Provincia?:


En todos estos años: jamás, salvo cuando vienen a inaugurar alguna obra, pero nunca para evaluar gestión, ni nada que se le parezca.

20. ¿Qué opina de la Zona Regional y de la Función de la Mesa Provincia-Municipio?

Creo que no funcionan, a mí como autoridad del Hospital nunca me convocaron.

21. ¿Qué opina de la descentralización?

Cómo política es excelente, lamentablemente los políticos no saben, ni quieren implementarla.


Dr. Carlos Alberto Amaya
M.P. 14439
DIRECTOR HOSPITAL MUNICIPAL
ALFREDO PARRERA
SERREZUELA

Entrevista Sr. Alejandro Cortéz 28/01/2016

Jefe Comunal, Comuna de las Cañadas- Pedanía:
Candelaria Departamento Cruz del Eje

Antigüedad en el cargo: 8 años.

1. ¿Usted cree que el proceso de Descentralización fue implementado en las Instituciones, por parte del Gobierno Provincial, de una manera correcta y que ayuda a mejorar la eficacia y eficiencia en salud?

R: No, fue impuesto por el Gobierno Provincial, sin acuerdo ni en coincidencia con los gobiernos descentralizados. Fue hecho de una manera autoritaria.

2. A su criterio, ¿cuál fue la verdadera motivación del Estado para llevar a cabo el proceso de descentralización?

R: Fue económica y respondiendo a mandatos de entes extranjeros, como el Banco Mundial, etc.

3. ¿Considera que se ha logrado a nivel del Sistema de Salud Comunal, una real y efectiva articulación con el Sistema de Salud Provincial y con el Hospital? En caso contrario díganos, ¿por qué cree que no se logró?



Las Cañadas
Cortez Alejandro
PRESIDENTE

R: No existe tal articulación, el Sistema de Salud está roto, para la Provincia somos una Comunidad muy pequeña, sentimos que no le interesamos y las cosas que logramos, las conseguimos porque nos cansamos de ir a pedir.

4. Vemos que tienen computadoras y un Colposcopio valioso, así como dos consultorios montados en el edificio del C.I.C. (Centro de Integración Comunitaria)...

R: Sí, esos elementos fueron parte de un Programa a nivel Nacional que logramos implementar, donde enviaron dinero para hacer el edificio y comprar esa aparatología, hace aproximadamente 7 años; el problema es que no tenemos luz para usarlos. Entonces el gobierno Provincial se comprometió a darnos la luz, ya se hizo el cableado, etc. Estamos esperando que se termine la obra.

5. ¿El Sistema de Salud Comunal está incluido en el Registro de Hospitales Descentralizados?

R: Supongo que sí, pero en la práctica nosotros nos sentimos totalmente solos, nos arreglamos como podemos. Cuando tenemos algún paciente de urgencia lo llevamos en la Camioneta de la Comuna a Villa de Soto, Cruz del Eje o La Falda, pero no hay convenios, protocolos ni nada reglado.

¿No tienen ambulancia?: R: No, hace años que la pedimos nos la han prometido.....

6. ¿Qué porcentaje de los costos del Puesto Sanitario se logran cubrir con el recupero de gastos?

R: Ninguno, porque no hacemos recupero de gastos, la población es muy pobre, la mayoría se maneja con jubilaciones mínimas, pensiones por discapacidad o planes sociales.


Las Cañadas
Cortez Alejandro
PRESIDENTE

7. ¿Cuál es su radio de cobertura?

R: 6000km2, aproximadamente. Pertenecemos a las llamadas "zonas grises".

8. ¿Cuántos pobladores tiene la Comuna?

R: 350 habitantes.

9. ¿Accesibilidad?:

R - Caminos: de ripio y sierra. - Kms a la ciudad más próxima: 35. Medios de transporte: 1 camioneta que pertenece al C.I.C.

10. ¿Cuentan con Registros Epidemiológicos?:

R: No, yo como Jefe Comunal conozco a todos los habitantes y tengo en "la cabeza" las enfermedades de cada uno, pero no las tengo registradas. La enfermedad crónica prevalente es la Hipertensión Arterial.

11. ¿Con qué Recurso Humano cuenta para el área de Salud?

- El Puesto Sanitario cuenta con la atención de una enfermera, la que toma la T.A., vacuna e indica y reparte los medicamentos. No realiza inyecciones I.V., ni coloca vía de canalización.
- Cada 15 días viene un médico del programa de Médicos Comunitarios desde la localidad de San Marcos.
- Ocasionalmente una Ginecóloga, a quién se le paga \$ 1.000 por el día de trabajo, pero no tiene otros recursos. He solicitado a la Provincia: Odontólogo, Médico Clínico y Enfermera y hasta la fecha no obtuve respuesta. Aparentemente vamos a contar con otro personal médico a través del Programa Familia Rural Sana.

12. ¿Cómo se Financia el Sistema de Salud?

- F.O.F.I.N.D.E: (Fondo Financiero para los Organismos Descentralizados): Nos pagaron \$ 19.000 por mes, en el año 2015.
- Pacto Sanitario: Nos pagaron \$ 8000 por año, hasta el 2008.



Las Cañadas
Cortez Alejandro
PRESIDENTE

Entrevista Dra. Luján

2/12/2015

Directora Hospital Regional Aurelio Crespo

Cruz del Eje

Antigüedad en el cargo: 8 años.

1. ¿Considera que se ha logrado una real implementación de la Descentralización Hospitalaria en la Institución?

R: Sí, por supuesto. Lo que nosotros hacemos es el Hospital de Autogestión, con el Recupero de Gastos.

E: Bueno, ese es uno de los elementos...

R: Es el que nosotros hacemos....

2. ¿El Hospital está inscripto en el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión?

R: Sí, por supuesto...

3. ¿Cuál cree que son las principales ventajas que ofrece la Descentralización Hospitalaria?

R: El recupero de gastos.